DE

N° 72

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

Traitement de la Pleurésie purulente

ET EN PARTICULIER

DE LA PLEUROTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 19 novembre 1884

PAR

Émile PARÈS

Né à Tautavel (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... .... }

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse:

MM. DUPRÉ, *président;*
DUMAS, professeur;
MOSSÉ, agrégé.
BLAISE, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS

E. PARÈS.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUPRÉ

A mon Maître et Ami

Monsieur le Professeur-Agrégé MOSSÉ

A mes Amis

E. PARÈS.

PRÉFACE

Trois cas d'empyème traités par l'incision intercostale que nous avons eu l'occasion d'observer dans les divers services de l'hôpital Saint-Eloi, dans le courant de l'année 1884, nous avaient donné l'idée de prendre la pleurésie purulente comme sujet de notre thèse inaugurale.

Notre intention était tout d'abord de faire l'histoire complète de cette grave affection. Mais une thèse conçue en ce sens, ayant été récemment soutenue, nous avons cru devoir renoncer à notre projet primitif pour nous en tenir à l'étude beaucoup plus restreinte du traitement de l'empyème.

Dans cette étude, qui s'appuie surtout sur les trois observations de l'hôpital Saint-Eloi et sur une quatrième que nous avons recueillie il y a trois ans à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, nous avons suivi la méthode suivante :

Nous nous sommes d'abord attaché, au début de notre travail, à montrer que, abandonnée à elle-même, la pleurésie purulente aboutit presque toujours à une issue fatale que seule une intervention chirurgicale peut conjurer.

Nous avons été ainsi amené à passer en revue les différentes méthodes chirurgicales préconisées aujourd'hui pour pratiquer l'ouverture de l'abcès pleural et en modifier les parois. La pleurotomie ou large ouverture intercostale (opération de l'empyème), offrant de grands avantages sur les autres méthodes, nous avons consacré les chapitres suivants à étudier les indications, les contre-indications et le manuel opératoire de ce procédé. Enfin, un dernier chapitre a été réservé aux soins consécutifs à donner aux opérés.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr Kiener, médecin en chef des salles militaires à l'hôpital Saint-Eloi, qui a bien voulu nous communiquer l'observation du malade qu'il a opéré.

Nous prions aussi notre excellent ami M. le professeur-agrégé Mossé de vouloir bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance pour tous les conseils qu'il nous a prodigués.

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

ET EN PARTICULIER

DE LA PLEUROTOMIE

CHAPITRE PREMIER

TERMINAISONS SPONTANÉES DE L'ABCÈS PLEURÉTIQUE.

La *pleurésie purulente* est une inflammation de la plèvre dans laquelle cette membrane séreuse sécrète du pus au lieu de sécréter de la sérosité comme dans les pleurésies dites *simples* (Moutard-Martin). La collection purulente contenue dans la plèvre est désignée sous le nom d'*empyème*.

Nous ne nous arrêterons par à l'étiologie de la pleurésie purulente. Peu nous importe son origine. Qu'elle s'établisse d'emblée, ou qu'elle succède à une pleurésie séreuse ; qu'elle soit la conséquence d'un traumatisme ou qu'elle soit liée à

une diathèse constitutionnelle ou à une maladie générale, elle peut, dans tous les cas, être comparée à un abcès profond. Ne peut-on pas en effet établir un parallèle entre certains abcès froids et les pleurésies suppurées de la scarlatine ou de la fièvre typhoïde par exemple ? Les abcès chauds d'origine spontanée ou traumatique, n'ont-ils pas une ressemblance frappante avec ces pleurésies suraiguës qu'on est autorisé à regarder comme purulentes d'emblée, ou avec les collections purulentes qui succèdent à l'hémotorax traumatique ? C'est ainsi qu'Hippocrate envisageait déjà l'empyème et c'est aujourd'hui la manière de voir de la très grande majorité des cliniciens.

Cette analogie étant admise, nous voulons rechercher rapidement ce que deviendra l'abcès pleurétique abandonné aux seules ressources de la nature.

Dans des cas tellement heureux, qu'on les cite comme une rare exception, le pus est résorbé et l'affection guérit spontanément.

Moutard-Martin rapporte un cas de guérison spontanée d'un empyème dont le diagnostic avait été contrôlé par une ponction aspiratrice, et Holmes cite un fait du même ordre dans le *Medical Times* (27 mars 1858).

Parfois aussi la pleurésie limitée, enkystée, peut persister indéfiniment sans porter une atteinte sérieuse à la santé générale. Le Dr Sainton, qui a réuni douze cas de ce genre dans sa thèse inaugurale, en parle en ces termes : « Nous donnons la bénignité comme caractéristique à la variété d'empyème que nous décrivons. »

Mais le médecin n'a pas le droit de compter sur des conditions aussi favorables.

La règle, comme pour tous les abcès, est que le pus tende

à se faire jour au dehors. Le plus souvent le pus se fraie son chemin à l'extérieur par le *poumon* ou par la *peau*.

1° *Poumon*. — La majorité des auteurs considère le poumon comme étant la voie la plus fréquemment suivie. C'est en particulier ce qui a eu lieu dans les observations I et II.

Au milieu d'un accès de toux ou d'un violent effort d'expectoration, une vomique se produit qui entraîne au dehors une quantité de pus pouvant parfois atteindre plusieurs litres. On a vu l'irruption du liquide dans les bronches se faire si violemment et avec tant d'abondance, que la mort est rapidement survenue par asphyxie.

Dès que le kyste est vidé, il tend à se remplir de nouveau lentement pour donner lieu à une nouvelle vomique, à moins — et cela vaut mieux — que l'écoulement du pus par les bronches ne soit continu.

Il n'est pas très rare de voir cette terminaison aboutir à la guérison définitive, et voici comment: si la poche de l'abcès n'est pas envahie par l'air, ce qui arrive lorsqu'une fausse membrane forme *clapet* (Chomel) au niveau de la fistule bronchique, ses parois se rapprochent par l'effet de la dilatation pulmonaire et finissent par se cicatriser. Cet heureux résultat est annoncé par la diminution de l'expectoration purulente, la chute de la fièvre et par une amélioration très sensible de l'état général. L'appétit renaît alors et après une longue convalescence le malade revient à la santé.

Mais, dans la majorité des cas de ce genre, il se forme un pyo-pneumothorax dont le pronostic est presque toujours fâcheux dans un espace de temps plus ou moins rapproché. La production de la fistule bronchique ouvre un libre passage à l'entrée de l'air, et dans ces cas la *vomique* n'amène plus qu'une rémission passagère de tous les symptômes. Bientôt l'oppression recommence, la fièvre hectique survient;

il se produit des frissons irréguliers et des sueurs nocturnes ; le malade, qui continue à rendre du pus par ses crachats, s'affaiblit de jour en jour et finit par succomber dans le marasme.

2° *Peau.* — Un peu plus rare est la sortie du pus à travers la paroi intercostale. L'observation V nous en fournit un exemple. Voici quel est le mécanisme de cette terminaison : dans une partie quelconque du thorax, sous la clavicule ou au niveau d'un espace intercostal, le plus souvent entre le 5me et le 7me (Damaschino), on voit les parties molles fournir une voussure circonscrite qui se dessine peu à peu. Une fluctuation tous les jours plus accusée trahit une collection liquide qui, par l'ulcération lente et progressive des téguments, arrive à s'écouler au dehors. Il reste alors une étroite fistule plus ou moins longue, plus ou moins sinueuse qui donne issue à du pus presque toujours fétide.

La terminaison par la peau est moins heureuse que la précédente, et cela tient à ce que la fistule thoracique laisse pénétrer l'air dans la cavité pleurale et n'offre au pus, en voie de décomposition, qu'un orifice de sortie insuffisant. L'abcès est alors une cause d'hecticité ou bien le point de départ d'accidents putrides qui emportent rapidement le malade.

Enfin, nous ne citerons que pour mémoire, et sans avoir besoin d'en faire ressortir la gravité, les cas exceptionnels où l'abcès s'ouvre une voie dans le péritoine, le péricarde, le médiastin et ceux où il fuse le long de la gaîne des psoas.

De tous ces faits, on doit conclure que la pleurésie suppurée est une maladie essentiellement grave et dont la guérison ne s'opère presque jamais par les seuls efforts de la nature. Le médecin n'a donc pas le droit de rester inactif

en présence d'une telle affection ; il doit de bonne heure recourir à un traitement énergique.

L'analogie que nous avons admise entre l'empyème et les abcès profonds, suffit à indiquer que le traitement médical ne peut avoir qu'une influence secondaire. Les diaphorétiques, les sudorifiques, les révulsifs employés de tout temps ont démontré leur impuissance. Mais si les médicaments de cette sorte ne fournissent aucun résultat, il est cependant rationnel de faire appel aux agents capables de soutenir et de relever les forces, et à ceux qui combattent la diarrhée et les sueurs. Ajoutons que quelques médecins conseillent le tannin à haute dose comme capable d'aider à tarir la sécrétion du pus.

Le traitement, comme pour tous les abcès, sera donc avant tout chirurgical, et nous allons passer en revue les divers moyens auxquels on peut avoir recours.

CHAPITRE II.

MÉTHODES CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE.

I. — Historique.

Nous n'avons pas l'intention de faire l'historique complet de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'empyème. Cependant, avant de passer en revue les méthodes de traitement aujourd'hui adoptées, nous croyons utile de dire, en quelques mots, quelles ont été les diverses phases de cette question.

L'intervention chirurgicale dans le traitement de la pleurésie purulente remonte aux temps les plus reculés de la médecine. Hippocrate ouvrait déjà la cavité pleurale aussi bien pour les épanchements séreux que pour les collections purulentes, et il nous a laissé de l'opération une description magistrale qui pourrait presque nous servir de guide encore aujourd'hui. Pour pratiquer l'ouverture de l'espace intercostal, tantôt il procédait par l'incision au bistouri, tantôt il avait recours au cautère actuel. Quelquefois, il plaçait une canule à demeure et dans le but de la maintenir solidement fixée, il l'introduisait dans la plèvre à travers une côte dont il avait fait la térébration. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici qu'Hippocrate, se préoccupant fort peu de l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, insistait pour que la plaie fût maintenue béante jusqu'à ce que la sécrétion du pus fût tout-à-fait tarie, et que deux fois par jour il pratiquait des injections avec un mélange de vin et d'huile.

Ses successeurs ne modifièrent en rien le manuel opératoire qu'il avait indiqué.

Du reste, l'insuffisance des signes qui permettaient de reconnaître l'épanchement, la difficulté d'en faire le diagnostic avec sûreté et exactitude firent que peu à peu l'opération de l'empyème tomba en discrédit.

Au moyen-âge, on n'admet guère que la ponction soit praticable en dehors des lésions chirurgicales (Trousseau).

Il faut arriver jusqu'au XVII[e] siècle pour voir cette question reprise par les chirurgiens et discutée dans de nombreux travaux. Pour la première fois, l'introduction de l'air dans la plèvre est vivement débattue, considérée par les uns comme inoffensive, très redoutée au contraire des autres.

Cette crainte de l'introduction de l'air dans l'abcès entraîne alors quelques modifications dans le manuel opératoire et la succion est conseillée comme moyen d'évacuation du liquide.

Plus tard, dans la deuxième moitié du XVIII[e] siècle, Lurde préconise la ponction de la cavité pleurale à l'aide du trocart, et pour s'opposer à l'entrée de l'air, il recommande de boucher la canule avec le doigt pendant chaque mouve- d'expiration, tandis qu'on la tient ouverte pendant l'inspiration.

Le trocart tend alors de plus en plus à se substituer au bistouri, mais le procédé de Lurde, pour éviter la pénétration de l'air, est trop insuffisant pour être conservé.

Au commencement du siècle, à la suite d'attaques violentes de Pelletan, Corvisart, Heister, l'opération de l'empyème est à peu près complètement abandonnée.

La découverte de Schuh et de Reybard, en permettant de vider le contenu de la plèvre à l'abri de l'air, semble devoir

substituer pour toujours la ponction à l'incision intercostale. Cependant Laënnec, Bretonneau, Sédillot, Trousseau, tentent de remettre en honneur la vieille opération de l'empyème. Trousseau fait remarquer que lorsque l'épanchement est purulent, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale est un accident presque toujours inévitable, car pour amener la guérison, il faut laisser une canule à demeure dans la poitrine, et de toute manière il se forme une fistule qui établit une communication entre l'extérieur et la cavité de la plèvre. Enfin, il fait faire un grand pas au traitement de la pleurésie purulente, en remettant en lumière une des indications de l'affection : la modification des parois du kyste, et en faisant entrer dans la pratique les injections de teinture d'iode.

Le manuel opératoire indiqué par Trousseau était à peu près unanimement accepté, lorsque les appareils aspirateurs de J. Guérin, de Dieulafoy, de Potain, permirent de pénétrer le *vide à la main* et avec des trocarts capillaires dans la cavité pleurale, apportant ainsi plus de certitude dans le diagnostic et donnant plus de confiance dans la ponction. Les modifications que l'on faisait rapidement subir à ces appareils, l'invention des canules à demeure et du siphon de Potain, en rendant possibles les injections modificatrices et les lavages de l'abcès à l'abri de l'air, semblaient remplir mieux encore que l'incision intercostale les diverses indications de la pleurésie purulente.

Mais on ne tarda pas à se convaincre que dans bien des cas tous ces moyens étaient insuffisants pour arriver à une évacuation complète du contenu de la plèvre et que l'ouverture de l'abcès était alors une nécessité inéluctable. L'*empyème*, malgré les efforts de Chassaignac pour faire accepter sa méthode du *drainage*, restait donc comme autrefois la dernière ressource.

Enfin, le mémoire de Moutard-Martin paru en 1872, la thèse de Peyrot en 1876, démontraient que l'on pouvait s'adresser à cette opération plus souvent et surtout plus tôt qu'on n'avait coutume de le faire, à la condition de soumettre la cavité pleurale à de fréquents lavages. L'emploi d'agents antiseptiques efficaces a poussé encore les médecins dans cette voie et la pleurotomie n'est plus un moyen que l'on n'emploie que quand tous les autres ont échoué, c'est souvent la seule méthode que l'on mette en pratique.

Aujourd'hui les procédés opératoires auxquels on a recours dans les traitements de la pleurésie purulente, constituent deux méthodes : les uns cherchent à éviter la pénétration de l'air dans la cavité pleurale ; les autres consistent à pratiquer dans un espace intercostal une ouverture permanente par laquelle l'air arrive forcément au contact de la séreuse malade.

Dans les deux cas, les moyens employés tendent à remplir deux indications capitales : 1° *Evacuer le pus de la plèvre;* 2° *Modifier, si cela est nécessaire, les parois du kyste afin de tarir la secrétion du pus.*

II. Procédés opératoires.

A la première méthode se rapportent :

1° *Le trocart de Reybard*, généralement abandonné et que nous ne citons que pour le rôle qu'il a joué jusqu'à la découverte de l'aspiration pneumatique.

2° *Les aspirateurs de Dieulafoy et Potain* et les *canules à demeure*.

5° Le siphon de Potain.

L'évacuation du pus et la modification de la surface sécrétante par des injections médicamenteuses peuvent être obtenus avec ces divers systèmes. Mais les aspirateurs obligent à faire souvent un nombre considérable de ponctions et c'est pour éviter ces petits traumatismes réitérés qui irritent le tissu cellulaire, que Dieulafoy a imaginé les canules à demeure que l'on peut, à l'aide d'un ajustage à robinet, adapter aux aspirateurs. Potain réalisant un progrès encore plus important, supprime l'aspirateur et le remplace par un siphon.

Nous ne ferons pas de ces ingénieux appareils que tout le monde connaît aujourd'hui, une description qui sortirait de notre cadre ; il nous suffira de rappeler qu'ils permettent de faire écouler le pus, quand on le juge nécessaire, et de soumettre l'abcès pleuréal à des injections et à des lavages.

D'incontestables succès ont été le résultat de l'emploi de la méthode aspiratrice. Œri, cité par Homolle, dit être arrivé cinq fois à un résultat heureux, sur une série de six malades traités par la simple ponction ; dans trois cas une seule ponction aurait suffi, dans les deux autres il en faillut faire quatre et six. Bouchut, Moutard-Martin, Gueneau de Mussy sont arrivés à des résultats semblables, mais le plus souvent en faisant des ponctions répétées.

Les pleurésies des enfants, les pleurésies suraiguës qui s'accompagnent d'un épanchement rapide, toutes celles en un mot où le poumon est libre d'adhérences, paraissent justiciables de cette méthode qui a aussi donné de bons résultats dans les empyèmes peu abondants et enkystés.

D'autre part, le Dr Bénard a recueilli dans sa thèse huit observations dans lesquelles les malades furent traités par le

siphon de Potain. Quatre guérirent complètement, un cinquième était en voie de guérison et trois succombèrent. Chez deux malades dont l'histoire nous est donnée par M. Guinard, dans une thèse récente, la terminaison fut fatale. Il est juste d'ajouter que l'un des deux était tuberculeux.

Malgré ces résultats, en somme satisfaisants, la méthode n'échappe pas à de graves objections.

Il peut arriver, en effet, qu'au point où a eu lieu la ponction ou au niveau des canules, se développe une inflammation qui donne naissance à une fistule. Avec l'ancien trocart de Reybard, cet accident était la règle. «Dans presque tous les cas, dit Trousseau, le liquide purulent s'accumule de nouveau et la plaie primitive faite par le trocart, s'ouvrant spontanément, donne issue au pus.» Les aiguilles capillaires exposent peu à cette terminaison; il n'en est pas moins vrai qu'elle est possible. Le Dr Robert en cite un cas qu'il a observé en 1872, dans le service de M. Bucquoy, et nous avons été nous-même témoin d'un fait semblable à l'hôpital de Toulon. Chez un second-maître de manœuvre porteur d'un empyème, le pus se fit jour au dehors par un point où, quatre mois auparavant, on avait fait une ponction avec l'appareil de Potain. Avec les canules à demeure et le tube en caoutchouc du siphon de Potain, le fait est beaucoup plus fréquent. «Le siphon de Potain s'oppose d'abord à l'entrée de l'air, dit M. Hérard, mais plus tard le trajet fistuleux se dilate et l'air finit par entrer.» On a ainsi perdu les avantages de la méthode, et on se trouve alors en face d'un empyème *de nécessité* dont il faut élargir la fistule.

Un inconvénient plus sérieux, parce qu'il est inévitable, est celui qui résulte de l'écoulement intermittent du pus. Pendant l'intervalle qui sépare deux ponctions ou deux lavages, le liquide se collectant dans la plèvre écarte par sa pré-

sence les parois du kyste et met ainsi obstacle à la cicatrisation.

Mais le reproche le plus grave que l'on puisse adresser à tous ces appareils, c'est qu'ils n'offrent au contenu de la plèvre qu'un écoulement insuffisant, leur calibre étant presque toujours trop étroit.

Dans l'empyème, en effet, la plèvre ne contient pas seulement du pus ; elle peut renfermer aussi des flocons fibrineux, des fausses membranes, des portions sphacélées du poumon, des hydatides, des caillots incomplètement dissous, quelquefois même des corps étrangers, tout autant de débris, que la ponction capillaire ne saurait amener au dehors. A chaque instant la canule ou le siphon se trouvent oblitérés, l'évacuation du liquide subit un arrêt et les lambeaux mortifiés, les produits membraneux qui restent dans la plèvre, malgré les lavages, y subissent une décomposition qui peut être le point de départ d'accidents putrides redoutables.

«C'est ainsi, écrit Moutard-Martin, que j'ai vu des canules à demeure en caoutchouc, des drains, le tube thoracique du siphon de Potain se boucher, refuser tout service, et les malades mourir par la rétention du pus, par l'infection putride....»

Enfin, souvent les malades supportent mal ces ponctions répétées, et ces canules à demeure qui sont pour eux une cause de gêne continuelle.

De plus, comme tous les appareils compliqués et délicats, les aspirateurs se détériorent facilement et ne fonctionnent plus, lorsqu'on veut avoir recours à leur service.

En résumé, la ponction capillaire, en dehors bien entendu des cas où elle constitue un élément de diagnostic, mérite d'être conservée, puisqu'elle a suffi plusieurs fois à amener la guérison définitive. Mais nous pensons que si après deux ou

trois ponctions, l'état du malade ne s'est pas amélioré, si le pus continue à se reproduire, il faut renoncer à ce moyen de traitement.

Si même, après une seule ponction, l'état s'aggrave, la température s'élève, les frissons surviennent, c'est que l'évacuation du contenu de la plèvre n'est pas complète et ne peut être obtenue par cette méthode.

Nous arrivons aux mêmes conclusions pour les canules à demeure et le siphon de Potain ; il serait imprudent de s'obstiner à les employer si quelques symptômes permettaient de croire que des fausses membranes sont, malgré les lavages, retenues dans la cavité pleurale.

La deuxième méthode est réalisée par les procédés suivants qui ne s'opposent pas à l'introduction de l'air dans la plèvre: 1° *le drainage de Chassaignac ;* 2° *la trépanation des côtes ;* 3° *l'incision intercostale ou pleurotomie.*

Disons, pour ne plus y revenir, que la *trépanation des côtes* n'est plus employée de nos jours, malgré les efforts de Sédillot pour la relever du discrédit dans lequel elle est depuis longtemps tombée.

Le *drainage* vulgarisé par Chassaignac compte peu de partisans quand il s'agit de l'appliquer aux abcès de la plèvre.

D'abord le manuel opératoire est difficile et sa mise en pratique n'est pas exempte de quelques dangers. Souvent, en effet, on pourrait dire toujours, on est obligé de tâtonner longuement pour faire sortir la pointe du trocart dans l'espace intercostal que l'on s'est assigné. Et comme on ne connaît que d'une façon imparfaite et par des moyens indirects, qu'elle est la situation exacte du poumon par rapport à la paroi thoracique, une fausse manœuvre, le glissement de l'extrémité interne du trocart sur une côte peuvent suffire

à blesser cet organe. C'est ainsi que des opérateurs habiles, dit M. Robert, ont embroché le poumon et même le foie. » Dans certains cas, le trocart ayant été introduit dans la cavité pleurale, on s'est vu dans l'impossibilité d'arriver à faire la contre-ouverture et l'opération a dû être différée (F. Lalesque). Cet accident ne serait pas rare si on employait le *drainage* dans le traitement de ces pleurésies déjà anciennes qui ont amené une déformation de la poitrine et un rétrécissement considérable des espaces intercostaux.

Le drainage offre, sans doute, le sérieux avantage de permettre, en général, au pus de s'écouler d'une manière continue et de ne pas s'accumuler dans la plèvre ; mais aussi quel inconvénient quand le drain se laisse obstruer par des fausses membranes ou tout autre particule solide contenue dans l'épanchement.

Enfin, les lavages faits à l'aide de cette méthode sont presque toujours insuffisants, la plus grande partie du liquide de l'injection sortant par les extrémités du drain, sans parvenir à déboucher les orifices latéraux et sans pénétrer, par conséquent, dans la cavité purulente.

Les reproches que nous faisons au drainage sont si fondés que M. le professeur Dubrueil ayant voulu employer cette méthode pour le lavage de la plèvre (Obs. V), crut nécessaire de l'abandonner comme insuffisante, bien qu'il lui eût fait subir certaines modifications qui l'a rendait plus pratique.

Il nous reste à parler maintenant de l'opération de l'empyème proprement dite, c'est-à-dire de l'ouverture au bistouri de l'abcès de la plèvre.

Par *opération de l'empyène*, nous entendons la pleurotomie telle que Moutard-Martin la conseille, telle enfin qu'on la pratique généralement aujourd'hui. Sans vouloir empiéter sur le manuel opératoire qui fera l'objet d'un chapitre à part,

nous devons dire que c'est une incision large, pouvant atteindre jusqu'à 8 ou 10 centimètres et située à la partie moyenne d'un espace intercostal choisi par l'opérateur.

Une ouverture de cette dimension est quelquefois indispensable pour permettre au contenu de la plèvre d'être évacué sans difficulté. Si le pus tient en suspension des détritus plus ou moins volumineux, on pourra ainsi les entraîner au dehors par d'abondants lavages. Il n'y aura même aucun inconvénient à introduire dans la cavité pleurale un doigt, une pince, s'il le faut, pour aller y saisir des fausses membranes incomplètement détachées de la plèvre, ou les caillots sanguins et les corps étrangers qui y auraient pénétré à la suite d'un traumatisme.

Cette méthode seule permet, d'une façon continue et sûre, l'écoulement du pus sécrété dans l'intervalle de deux pansements. Elle fait ainsi disparaître l'obstacle qu'apporte à la cicatrisation l'éloignement des parois du kyste et de plus met le malade à l'abri des accidents putrides que peut amener la fermentation du pus trop longtemps retenu dans les parties déclives de la plèvre.

Un autre avantage de la pleurotomie, c'est la possibilité de faire des lavages aussi fréquents qu'on le juge nécessaire et d'expulser ainsi au dehors les produits morbides, quelle qu'en soit la nature, qui se trouveront dans la cavité.

Enfin, l'opération ne présente pas la difficulté du drainage, elle est simple et ne nécessite point, comme la méthode aspiratrice, l'emploi d'intruments spéciaux, délicats et coûteux.

Malgré ces avantages, qu'aucune des méthodes précédentes ne possède au même degré, on a fait à la pleurotomie des objections nombreuses.

On lui reproche d'abord de permettre l'entrée de l'air dans la plèvre. C'était le principal grief des anciens chirurgiens qui avaient été effrayés de l'intensité des accidents qui

survenaient chez leurs opérés de l'empyème. C'était encore un argument de Richet qui écrivait que « les liquides s'altèrent et la brusque inflammation d'une surface suppurante amènera bientôt une fièvre intense suivie, sans aucun doute, d'une mort rapide ».

Ces craintes étaient bien en partie fondées, puisqu'elles s'appuyaient sur des statistiques démontrant que l'ouverture de la plèvre conduisait à des résultats déplorables. Dupuytren avait 48 insuccès sur 50 opérés, et Velpeau sur 12 cas d'empyème traités par l'incision n'avait pas la satisfaction d'enregistrer un seul cas de guérison. Mais les causes de ces échecs étaient mal connues. On perdait de vue que le contact du pus putrifié avec la plèvre était le seul motif de l'infection putride qui enlevait la plupart des malades. L'esprit n'avait pas été frappé par ce fait que les accidents qui survenaient à la suite de l'ouverture du thorax auraient pu être supprimés ou tout au moins diminués par des soins convenables, par des lavages abondants et répétés.

Aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, on peut mieux encore, puisqu'il est presque toujours possible de priver l'air, qui pénètre dans l'abcès, de tout germe morbide.

Cette objection tirée du caractère septique de l'air n'était pas la seule. On reprochait encore à cet agent une action mécanique, une pression sur la paroi du poumon, pression qui aurait pour effet de s'opposer à la dilatation de cet organe.

Or, Peyrot a prouvé par des expériences d'amphithéâtre que même dans les épanchements moyens, si on vient à ouvrir la cavité thoracique, le poumon loin de se rétracter se dilate, ce qui montre clairement que le sac pleural, débarrassé de l'épanchement, supporte, en tous cas, une pression bien moindre. Ce résultat était du reste facile à prévoir, car tous les malades éprouvent, après l'opération, un soulage-

ment considérable qui est la conséquence de la disparition de la dyspnée et de la compression pulmonaire.

On a dit encore que l'issue trop rapide du pus était un inconvénient de la pleurotomie. Trousseau conseillait, en effet, de ne laisser écouler qu'une partie du pus épanché, sans vider complètement la cavité pleurale, afin de permettre au poumon de reprendre graduellement son volume primitif, et ne pas exposer le malade aux accidents qui surviennent à la suite du déplissement rapide du tissu pulmonaire.

Ces craintes ont été inspirées par les accidents qui suivent quelquefois la thoracentèse et c'est en établissant une analogie insoutenable entre l'effet mécanique de l'ouverture de la plèvre et de la ponction aspiratrice sur le poumon, qu'on est arrivé à les formuler.

Cependant la mort subite, la syncope, l'expectoration albumineuse n'ont jamais été observées à la suite de la pleurotomie. Dans cette opération, en effet, les causes du déplissement forcé du poumon n'existent pas. Quelquefois, il est vrai, on est témoin de troubles passagers, de vertiges, de désordres respiratoires, mais il suffit alors de ralentir un instant l'écoulement du pus pour voir disparaître ces symptômes qui n'ont jamais acquis la moindre gravité.

Enfin, on fait à la pleurotomie des objections tirées des dangers de son manuel opératoire et on a cité, comme accident à redouter, les lésions de l'artère intercostale. Nous verrons quel compte il faut tenir de ces critiques quand nous exposerons les règles de l'opération.

D'après tout ce qui précède, il est évident pour nous, que les objections faites à l'ouverture de l'abcès pleural ne doivent pas arrêter le chirurgien. Nous pensons qu'il faut ouvrir et ouvrir largement. Ce principe admis, il nous reste à rechercher dans quelles circonstances nous devons le

mettre en pratique et à établir par quels moyens. Cela revient à dire que nous avons maintenant à discuter quelles sont les indications et les contre-indications de la pleurotomie dans la pleurésie purulente et à décrire le manuel opératoire.

CHAPITRE III.

DES INDICATIONS DE LA PLEUROTOMIE

Nous avons vu que le principal reproche que l'on faisait à la *méthode aspiratrice* ainsi, du reste, qu'au *drainage*, consiste en ce que ces moyens de traitement n'ouvrent pas au contenu de la plèvre des orifices assez larges et ne permettent pas des lavages complets de la cavité pleurale. Les avantages que l'on reconnaît à ce double point de vue à la large incision intercostale ne sont contestés par personne. La pleurotomie sera donc formellement indiquée toutes les fois que l'on aura affaire à des pleurésies dont l'épanchement contiendra des fausses membranes, des détritus gangréneux, des caillots sanguins, des hydatides, des corps étrangers et enfin lorsque le pus sera le siège de la moindre fermentation putride.

Nous nous proposons de passer rapidement en revue les principaux cas dans lesquels, quelques-unes de ces indications se trouvant remplies, le médecin devra intervenir.

Nous savons que dans certaines pleurésies purulentes abandonnées à elles-mêmes, le pus cherche à se faire jour au dehors à travers la paroi intercostale. L'ouverture de la plèvre dans le cas actuel est si rigoureusement exigée, que depuis déjà longtemps ces collections purulentes ont reçu la dénomination d'*empyème de nécessité*. En allant au-devant

du pus on ne fait que devancer la nature et on évite ainsi à l'organisme un travail d'ulcération qu'il a commencé à accomplir aux dépens de ses propres forces.

Si le pus s'est déjà frayé un chemin à l'extérieur, la conduite du médecin devra être la même que dans le cas précédent, parce que la fistule sera souvent sinueuse et irrégulière, presque toujours trop étroite et le liquide pleural ne sortira qu'avec difficulté et par intermittences. L'abcès se trouve alors dans les conditions les plus favorables pour être le siège de ces fermentations putrides qui sont le point de départ des accidents de septicémie.

Nous en voyons un exemple dans l'observation III où le drain plongeur étant sorti spontanément de la plaie, ne fut pas remis en place et la fistule put se fermer en partie. Le pus qui avait été jusque-là de bonne nature, fut emprisonné avec l'air dans la cavité pleurale ; il acquit alors une fétidité repoussante et occasionna de violents accès de fièvre tant qu'il ne fut pas amené au dehors,

Il est donc nécessaire de faire une incision large, par laquelle des injections abondantes seront poussées dans la plèvre.

Quelquefois un traitement ayant été déjà institué, soit à l'aide des aspirateurs, soit au moyen du siphon de Potain, il se produit autour des aiguilles capillaires ou des canules un travail inflammatoire qui aboutit à une fistule thoracique. On a ainsi à traiter un véritable empyème de nécessité, et il faut alors renoncer à la méthode que l'on avait employée et s'empresser de rendre l'ouverture plus large. Mais en pareil cas, comme la fistule a un trajet rectiligne, on peut dilater son orifice (laminaria, éponge préparée) et y introduire ensuite un tube en caoutchouc. Il va sans dire que si l'état du malade nécessite une intervention rapide, on s'adressera d'emblée au bistourif.

Il est inutile, croyons-nous, d'insister longuement sur des cas où l'opération de l'empyème est admise par tout le monde.

Supposons maintenant que le pus ait trouvé une issue à travers le poumon. Deux cas peuvent se présenter ici : ou bien l'air pénètre librement dans la plèvre et s'y renouvelle sans cesse, c'est-à-dire qu'il y a *pyopneumothorax*, ou bien encore l'abcès, tout en versant son contenu dans les bronches, continue à n'avoir aucune communication avec l'air extérieur.

Le premier cas est le plus fréquent et c'est de lui que nous nous occuperons tout d'abord. Nous rechercherons, par conséquent, ce qu'il faut faire en présence d'un malade qui rend du pus par les bronches et dont la cavité pleurale renferme de l'air.

Quand la vomique s'est produite, on peut espérer voir la guérison survenir et toute idée d'intervention doit être en ce moment écartée, si le soulagement immédiat qu'amène l'évacuation du pus paraît devoir se maintenir. Il faudra même aider à cette évacuation en donnant au malade la position inclinée qui favorise le mieux l'écoulement du pus. Alors aussi la ponction peut être d'une utilité réelle en vidant la poche de son contenu.

Dans quelques cas, l'effet de la position seule a conduit à la cicatrisation du kyste, et ce résultat a été même obtenu assez promptement. C'est surtout dans les empyèmes de petites dimensions que le médecin peut compter sur ces terminaisons heureuses. Son rôle est alors nettement indiqué ; il consistera à se renfermer dans l'expectation tant que l'état du malade ne paraîtra pas s'aggraver.

Mais si aucun soulagement n'est la conséquence de la vomique, si la fièvre devient plus forte, si l'auscultation révèle un abcès de grandes dimensions, il est évident que la

suppuration ne sera tarie que lorsque la sécrétion en pourra être directement attaquée.

C'est cette considération qui a dicté la conduite du médecin dans le cas que nous avons observé à la clinique médicale, et dont nous donnons ici l'observation.

Observation I

(Personnelle).

Pleurésie chronique. — Epanchement séro-purulent. — Thoracentèse. — Opération de l'empyème. — Amélioration très sensible. — Phtisie pulmonaire. — Mort.

(Service de M. le Professeur-agrégé Mossé, suppléant de M. le professeur Dupré.)

J... Louis, âgé de 32 ans, a exercé la profession de mineur; il entre le 4 mai 1884 à l'hôpital Saint-Éloi, où il occupe le N° 27 de la salle Saint-Lazare (Clinique médicale).

Antécédents héréditaires. — Il est fils de père inconnu ; quant à sa mère elle est morte lorsqu'il était encore tout enfant. Les grands parents seraient parvenus à une extrême vieillesse.

Antécédents personnels — N'a eu que la variole. Était robuste et vigoureux. Tempérament sanguin.

Histoire de la maladie actuelle. — Ayant été mouillé pendant qu'il était en sueur, J... fut pris, en septembre dernier, de frissons répétés et d'une vive douleur au côté gauche ; la toux et la dypsnée ne se firent pas attendre. Après vingt jours de soins insuffisants, il entra à l'hôpital de Villefranche où il resta 35 jours pendant lesquels on lui appliqua deux vésicatoires. Quand il sortit, la dypsnée n'avait pas diminué. Il se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qu'il ne quitta que six mois après. Pendant les cinq premiers mois, il fut traité par les pointes de feu qu'on lui appliqua à plusieurs reprises, sans obtenir aucune amélioration. Devant ces résultats négatifs, une ponction

de la poitrine fut décidée : elle donna issue à environ deux litres et demi d'un liquide jaunâtre. Huit jours après cette intervention, le malade soulagé voulut quitter l'hôpital. Il se trouvait alors dans un état plus satisfaisant, mais était encore loin d'être rétabli. Malgré qu'il ne fût pas guéri, il se mit en route à pied, sans grandes ressources, et fut obligé de subir de nombreuses fatigues.

Pendant son voyage, étant en transpiration, il commit l'imprudence de boire de l'eau très froide. Les accidents thoraciques reprirent une intensité nouvelle : les frissons, la toux et la dypsnée reparurent. Il se traîna cependant à grand peine jusqu'à Montpellier, où il entra à l'hôpital Saint-Éloi le 4 mai 1884.

Etat du malade à son entrée à l'Hôpital Saint-Éloi. 4 Mai. — Le malade est considérablement amaigri et anémié. Il accuse une oppression de la respiration accompagnée de toux et d'expectoration. Des sueurs abondantes contribuent encore à l'affaiblir. Il n'y a pas de point de côté, et si la respiration est superficielle, les mouvements de la cage thoracique n'entraînent pas de douleur. L'examen physique permet rapidement de reconnaître qu'il existe du côté gauche un épanchement très considérable.

En effet, à la percussion, *en arrière*, on constate sur toute l'étendue du poumon gauche une matité absolue *tanquam percussi femoris;* les vibrations de la voix sont conservées, peut-être même exagérées. L'auscultation permet d'entendre un souffle.

A droite, au contraire, la respiration est presque normale.

En avant et à gauche, même matité absolue jusqu'au-dessous de la clavicule et mêmes phénomènes à l'auscultation ; souffle intense.

Le cœur est dévié ; on sent la pointe battre à deux travers de doigts à droite du sternum. Malgré que la dyspnée ne soit pas très-forte, l'abondance de l'épanchement et surtout le déplacement du cœur, engagent M. Mossé à pratiquer immédiatement la thoracentèse avec l'appareil de Potain. L'opération est faite au moyen de l'aiguille N° 2. On retire 2 litres 250 d'un liquide louche, séro-purulent. La thoracentèse n'est suivie ni de toux ni d'accident d'aucune sorte et le malade se sent bien soulagé ; la respiration surtout est devenue plus facile. Après l'évacuation du liquide, le cœur est revenu sur la ligne médiane ; mais la matité, les vibrations et un souffle plus intense même qu'avant l'opération ont persisté.

Au-dessus du mamelon se trouve une zone sonore, constituée selon

toute probabilité par le poumon refoulé. Lorsque le malade s'incline fortement du côté gauche, cette sonorité s'obscurcit. La zone sonore est limitée par une ligne courbe à concavité supérieure passant à deux centimètres au-dessus du mamelon gauche et remontant vers l'aisselle. Au-dessous de cette ligne, la matité est absolue. Il existe très probablement des fausses membranes très épaisses et du reste on n'a pas évacué tout le liquide.

Les jours suivants jusqu'au 20 mai, tous les symptômes généraux restent à peu près stationnaires, mais les signes recueillis par l'examen physique de la poitrine laissent reconnaître que le liquide se réforme progressivement dans la plèvre. C'est ainsi que le cœur est graduellement encore refoulé du côté droit du sternum et que la pointe arrive de nouveau à battre au-dessous et en dedans du mamelon droit. A cause de cette déviation du cœur, le malade est surveillé avec soin ; malheureusement il est assez indocile et comme la dyspnée est relativement peu marquée malgré l'abondance de l'épanchement, et que le malade n'éprouve pas de douleur dans le côté, on le trouve plusieurs fois levé dans la salle, malgré les recommandations qui lui sont faites. L'appétit est conservé et même J..... ne consent pas facilement à se soumettre au régime alimentaire, d'ailleurs suffisamment substantiel, qui lui est prescrit.

Le 21, dans la matinée, à la suite d'une quinte de toux, il se produit une vomique donnant issue à environ un litre d'un liquide jaunâtre spumeux.

22. — L'expectoration se fait par vomiques, chaque effort de toux amène une certaine quantité de pus. Il s'est évidemment produit une déchirure de la paroi viscérale, qui fait communiquer la cavité pleurale avec les bronches. Les phénomènes d'auscultation et de percussion restent sensiblement les mêmes du côté de l'épanchement, mais deux signes nouveaux se sont surajoutés aux anciens et sont en rapport avec le passage de l'air dans la cavité pleurale. Le souffle a pris un caractère plus métallique et la sonorité est plus marquée en avant dans la région sous-claviculaire, où elle existait déjà, mais ses limites ont peu varié ; la courbe de la matité est sensiblement la même qu'avant la production de la vomique, si on percute, tandis que le malade est dans le décubitus horizontal ; elle s'abaisse un peu plus quand la percussion est pratiquée, le malade étant assis sur le lit. J..... supporte très impatiemment la toux, qui s'accompagne de l'expectoration d'un pus diffluent ; il est excité. La fièvre n'est pas bien élevée ; la dyspnée peu

intense dans la position assise devient au contraire assez marquée dans le décubitus horizontal qui entraîne assez vite et fréquemment l'expulsion par la bouche du pus venant de la plèvre.

Les jours suivants, la dyspnée fait des progrès rapides et prend des propositions inquiétantes; le malade ne peut plus s'allonger dans son lit.

Le 31, on pratique une seconde ponction qui donne issue à deux litres d'un liquide séro-purulent plus épais que la première fois.

2 juin. — Le soulagement produit par la ponction n'a pas été de longue durée. En effet, le malade éprouve des frissons intenses suivis de chaleur. La fièvre augmente, la température s'élève à 40°. On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine; mais les jours suivants la température vespérale continue à être très élevée, elle varie entre 39° et 40°. La toux est fréquente, l'expectoration abondante et purulente, la dyspnée considérable. L'épanchement s'est reproduit et remonte jusqu'au niveau du mamelon. Le cœur est encore dévié à droite; de plus, en faisant remuer le malade, on perçoit très nettement une sensation de flot. Enfin, quand le malade est couché, si on ausculte la partie antérieure et latérale de la poitrine, la respiration et la voix prennent un timbre métallique. Le tintement métallique se perçoit aussi très bien par moments. Souffle amphonique.

Le 8 et le 9 la persistance et l'exagération de ces symptômes amènent M. Mossé à avoir recours, sans plus tarder, à l'opération de l'empyème. M. le professeur Dubrueil, prié de voir le malade, reconnut aussi qu'il y avait indication à opérer et qu'il n'y aurait aucun avantage à temporiser.

11. — *Opération de l'empyème.* — Le malade étant assis, on pratique une ponction exploratrice dans le sixième espace intercostal avec l'appareil de Potain. Le robinet à peine ouvert, un flot de pus s'écoule dans la bouteille; on retire immédiatement le trocart, puis au moyen du bistouri, on fait une large incision de 8 à 10 centimètres environ, parallèlement au bord supérieur de la 7me côte, au même niveau que la ponction et située entre deux verticales, passant l'une par le bord externe de l'omoplate et l'autre par le milieu du creux de l'aisselle. Les parties sous-jacentes sont incisées couche par couche. La séreuse pleurale ayant été légèrement incisée, il s'échappe tout d'un coup un jet de liquide purulent, mal lié. L'ouverture de la plèvre est alors agrandie au moyen du doigt promené sur le bord supérieur de la côte, de

manière a rendre ses dimensions sensiblement égales à celles de la plaie extérieure : le pus s'écoule en nappe.

Le liquide ainsi recueilli, s'élève à plus de 4 litres. Sa quantité, en comprenant celui qui s'est écoulé dans le lit ou a été projeté par terre par les brusques mouvements de toux, peut être évalué à 6 litres environ. Son odeur est fétide. Aucun incident pendant l'opération. Le malade a relativement peu toussé et fort peu perdu de sang ; il se trouve très soulagé, et respire beaucoup plus facilement. Contrairement à ce qu'on avait supposé, en raison de son indocilité antérieure, J.... a consenti sans difficulté à l'opération et celle-ci terminée, éprouvant un sentiment de bien-être, il a témoigné sa satisfaction.

Deux tubes de caoutchouc sont placés dans la plèvre pour permettre des lavages. A leur extrémité externe, on attache deux petites éponges puis on applique un pansement de Lister.

La pleurotomie a été faite sous le spray ; le lavage de la cavité pleurale est pratiqué avec une solution d'acide salycilique injectée au moyen d'un irrigateur. La température après l'opération s'élève à 38°,1 le cœur bat 100 fois par minute.

Traitement : Potion { Rhum.. ..... 60 gr. ; Sirop de codéine 30 — ; Julep ..... 90 —

Surveiller l'écoulement du pus et faire au moins deux lavages dans la journée. Alimentation.

Dans la soirée, le malade éprouve un mieux sensible ; ni dyspnée, ni toux, ni expectoration.

On fait un lavage très bien supporté avec : { Acide salycilique. 10 ; Eau... 1000

Sommeil la nuit.

12.— T. 38,5. P. 112. Resp. 28.

Le malade se trouve mieux, on fait deux lavages.

Deux irrigateurs sont injectés successivement ; le liquide de sortie d'abord chargé de flocons fibrineux blanchâtres, sort à la fin du lavage à peine coloré en blanc.

13. — Urines verdâtres foncées. Le titre de la solution antiseptique est diminué de moitié 5/1000, et encore pour les lavages y ajoute-t-on la moitié d'eau. Le titre est donc 25/10000.

Pendant deux jours, la température oscille entre 36° et 37,7.

15. — Etat satisfaisant. Le tube supérieur est diminué de 3 centimètres.

17. — La température s'est élevée à 38°,7, la plaie bourgeonne.

18. — Suppression des éponges et diminution des deux tubes de 5 centimètres. T. 38°,6.

19. — T. m. 37°,1. T. s. 38°.

20. — T. s. 38°9. La pression des tubes a déterminé une légère mortification des bords de la plaie; cautérisation de ce point au nitrate d'argent. Le liquide du lavage sort plus clair. L'état local s'améliore progressivement chaque jour, la plaie bourgeonne et la cavité pleurale paraît diminuer; malgré cette amélioration locale, il y a le soir une exacerbation thermique qui ne cède pas à l'administration du sulfate de quinine. L'auscultation ne fournit pas les signes de la tuberculisation pulmonaire à laquelle l'évolution de la maladie amène à penser. On trouve bien une respiration un peu forte et quelques râles dans le poumon droit, mais la respiration est regardée comme supplémentaire et les quelques râles humides ne paraissent pas avoir une valeur séméiologique spéciale.

5 juillet. — On remplace la solution salycilée par une solution au chloral à 5 °/₀. Fièvre, sulfate de quinine, 1 gr.

10 juillet. — Sulfate de quinine, 0, 50.

19 juillet. — Température vespérale élevée. L'appétit est toujours assez bon, mais l'état général n'est pas aussi satisfaisant; le malade, sous l'influence de la fièvre, a de nouveau perdu ce qu'il avait gagné. Amaigrissement, sulfate de quinine, 1 gr.

20 juillet. — La température se maintenant toujours élevée, M. le professeur Combal, auscultant avec soin le malade, trouve au sommet du poumon gauche un souffle dont l'origine paraît être maintenant dans le poumon et non plus dans la plèvre. Le caractère rude du souffle donne à penser que le parenchyme est atteint et qu'il s'est formé une cavité. Quant au sommet droit, on ne constate que du retentissement vocal. Légère bouffissure de la face.

23. — Liq. de Fowler 4 gouttes, 2 le matin et 2 le soir.

25. — Liq. de Fowler 6 gouttes, potion au rhum.

1er août. — Liq. de Fowler 10 gouttes, teinture d'aconit 12 gout.

11. — Liq. de Fowler 16 gouttes, eau de Bussang.

20. — Liq. de Fowler 20 gouttes.

21. — Les symptômes ne subissant aucune amélioration, le traitement est suspendu pendant 5 jours.

26. — Liq. de Fowler 6 gouttes.

30. — Liq. de Fowler 12 gouttes.

1er septembre. — Expectoration abondante de pus dans lequel M. Mellian découvre la bacille de la tuberculose.

15. — Aphonie depuis plusieurs jours, amaigrissement extrême, crachats verdâtres. Souffle amphorique à gauche. La liqueur de Fowler qui avait été suspendue est reprise à 4 gouttes, vin créosoté une cuillerée.

20. — Liq. de Fowler 8 gouttes, teint. d'aconit 12 gouttes.

23. — *Decubitus acutus.* Pansement au collodion.

Le malade meurt le mercredi 1er octobre.

L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé, chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, une vomique se produisit le 21 mai sans apporter d'amélioration sensible. Les signes de *pneumothorax* se déclarèrent aussitôt et bien que le pus eût un écoulement continuel, la dyspnée persista assez intense pour rendre impossible le décubitus horizontal.

L'épanchement se reproduisit si rapidement, que le 31 une ponction était jugée indispensable et donnait issue à deux litres de pus, malgré que l'expectoration eût conservé sans cesse son caractère purulent. Le soulagement obtenu par la ponction ne fut pas de longue durée, car l'empyème se reforma encore en s'accompagnant alors de frissons et d'une augmentation considérable de la température. L'ensemble de ces symtômes suffirait à démontrer que l'ouverture pleuro-pulmonaire serait impuissante à amener, à elle seule, la cicatrisation de l'abcès. C'est à ce moment que l'on se décida pour l'opération, et si l'on se reporte à l'histoire du malade, on verra qu'une amélioration très sensible fut la conséquence de l'ouverture de la plèvre. La guérison, il est vrai, ne fut pas obtenue, mais nous exposerons dans un autre

chapitre comment, d'après nous, doivent être interprétés la marche de la maladie et les phénomènes développés consécutivement à l'opération.

L'observation I nous a servi à établir que la pleurotomie était nettement indiquée dans certains cas de pleurésie purulente accompagnée de vomique et se compliquant de pneumothorax.

Mais nous avons déjà dit plus haut que cette complication n'est pas inévitable et qu'il est des cas où, malgré la fistule bronchique, la cavité pleurale ne communique pas avec l'air extérieur. Cette fistule possède alors une disposition particulière ; peut-être une fausse membrane lui forme-t-elle une espèce de soupape, de clapet, qui, tout en permettant au pus de s'écouler au dehors, se referme assez à temps pour éviter la production d'un pneumothorax. C'est sans contredit, quand il y a vomique, la terminaison la plus favorable de l'abcès pleural. Le pus est en effet chassé à mesure de sa formation par les mouvements respiratoires, par les efforts d'expectoration et de toux, et la dilatation du poumon n'est presque pas gênée. Aussi le kyste pleural se retrécit-il peu à peu ; il finit par être comblé et enfin la fistule s'oblitère. La guérison, dans ce cas, est fréquente, elle arrive même assez promptement.

Beaucoup d'auteurs, et Moutard-Martin est du nombre, sont opposés à l'intervention lorsqu'il y a fistule bronchique sans pneumothorax.

Pour ces auteurs, l'incision intercostale aurait alors un double inconvénient ; en supprimant le vide de la plèvre, non seulement elle entraverait la dilatation du poumon, mais encore, par la pression de l'air sur cet organe, elle contribuerait à l'aplatir sur son hile et augmenterait ainsi les dimensions du kyste.

Cette objection n'est pas sans valeur et il sera prudent d'en tenir compte toutes les fois que l'état général du malade permettra d'espérer la guérison, quand bien même, du reste, cette heureuse terminaison ne devrait se produire que *très lentement*.

Si, la fistule formée, on voit un mieux sensible s'établir et augmenter peu à peu, il serait imprudent de songer à l'ouverture de la paroi thoracique ; tout au plus pourrait-on admettre de faire de temps en temps une ponction aspiratrice qui aidera à vider la collection purulente.

Mais, si les dimensions de l'abcès ne paraissent pas se réduire, si l'expectoration du pus ne diminue pas d'abondance, si, comme dans notre observation II, l'amaigrissement et l'anémie sont considérables et s'accentuent chaque jour d'avantage, on n'hésitera pas à ouvrir largement l'abcès pour tenter de modifier ses parois.

C'est évidemment cette indication que voulait remplir M. le Dr Kiener dans le cas du malade dont il nous a très obligemment communiqué la remarquable observation, et son succès montre combien cette indication était justifiée.

Observation II.

(*Communiquée par M. Kiener*)

Hôpital Saint-Eloi. Service de M. Kiener (Recueillie par M. Colombier, interne du service.)

Pleurésie purulente d'emblée. — Ouverture dans les bronches sans vomique et sans pneumothorax. — Opération de l'empyème, trois mois après le début de la pleurésie — Retour graduel des forces et de la santé générale. Fistule thoracique persistante

T..., soldat au 2e régiment du Génie, 23 ans, bonne santé habituelle et forte constitution ; entré à l'hôpital Saint-Eloi, service de M. le Dr Mazellier, le 6 mars 1884. Au moment où nous prenons le

service, le 3 mai, le malade n'a pas conservé un souvenir suffisant des signes du début pour qu'on puisse faire, d'après son témoignage l'historique de sa maladie. Elle aurait débuté le 1er mars, par un malaise général, des frissonnements, un point de côté à droite et de la toux ; dès le 3, le malade entrait à l'infirmerie et le 6 il était envoyé à l'hôpital. Le tracé thermique construit avec soin depuis le jour de l'entrée, montre une température variant de 38°,5 à 39°,5 durant les premières semaines, une légère rémission vers la fin de mars et les premiers jours d'avril, et une nouvelle ascension avec paroxysmes irréguliers dans la dernière quinzaine d'avril. Le diagnostic inscrit est celui de pleurésie à droite ; d'après le témoignage du malade, la pleurésie aurait été accompagnée de bronchite avec expectoration d'abord peu abondante et muqueuse, puis graduellement plus copieuse et mucopurulente ; le traitement consigné sur le registre des prescriptions journalières, a consisté en digitale, kermès, ventouses sèches, vésicatoires répétés.

Etat actuel 3 mai. — Le malade est amaigri et dans un état d'anémie profonde ; fièvre forte tous les soirs, sueurs abondantes la nuit ; extrémités fraîches, cyanose prononcée des lèvres ; toux fréquente ; dyspnée même au repos ; crachats abondants, purulents, adhérents au vase, battus d'air. Il existe à droite un épanchement pleural limité par une courbe parabolique dont le sommet atteint l'épine de l'omoplate et dont la branche antérieure traverse obliquement la région axillaire et aboutit en avant au mamelon. La région thoracique antérieure et la fosse sus-épineuse sont le siège d'une submatité avec diminution du bruit respiratoire indiquant un état de compression des parties encore perméables du poumon. A gauche, sonorité normale ; râles sibilants et ronflants sur toute la hauteur en arrière ; respiration rude et supplémentaire en avant.

La matité du cœur est en partie masquée du côté de la pointe par la sonorité du poumon dont le bord antérieur est sans doute légèrement emphysémateux ; mais en dedans elle s'étend jusqu'au bord droit du sternum et témoigne ainsi de la dilatation des cavités droites ; les bruits du cœur sont faibles et comme éloignés. La faiblesse du cœur est encore indiquée par la cyanose de la face et des extrémités et par la tuméfaction du foie qui dépasse le bord de l'hypochondre de deux travers de doigt et est très sensible à la pression. Il n'y a point d'œdème aux malléoles ni à la paroi thoracique.

L'appétit est assez bien conservé ; les selles sont régulières ; l'ab-

domen un peu météorisé et sensible à la pression est cependant facilement dépressible et ne laisse point soupçonner l'existence d'une péritonite chronique.

Cette situation se maintient sans modification notable pendant toute la durée du mois de mai. On essaye inutilement de combattre la fièvre par la digitale, puis par le salycilate de soude ; après une dépression de quelques jours produite par ces moyens, la température reprend son niveau élevé. Les forces du malade déclinent de jour en jour ; l'amaigrissement, la faiblesse du cœur, la cyanose progressive ne laissent aucun doute sur l'inefficacité des moyens médicaux.

Le 25 mai, un nouvel examen montre que l'état local ne s'est pas sensiblement modifié. La limite supérieure de l'épanchement pleural est restée au même niveau ; il n'y a aucune tendance au rétrécissement du côté qui présente une légère voussure dans les parties correspondantes de l'épanchement ; la mensuration du périmètre thoracique au niveau des mamelons donne 44 cent. pour le droit et 85 cent. pour le périmètre total. Il n'existe aucun signe certain de lésion pulmonaire grave ; le sommet du poumon droit présente seulement la modification skodique déjà mentionnée ; le côté gauche est parfaitement sonore et ne montre que les râles mobiles de la bronchite. Cependant les crachats sont toujours abondants, complètement purulents et battus d'air, expectorés à chaque effort de toux. Bien que l'expectoration n'ait jamais eu le caractère de vomique, que les crachats paraissent être devenus insensiblement purulents et que les signes du pneumothorax fassent défaut, il semble probable que la sécrétion purulente provient de la cavité pleurale en communication par d'étroits pertuis avec bronches.

Pour justifier cette présomption, une ponction exploratrice est pratiquée dans le huitième espace intercostal sur la verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle ; elle donne issue à un litre environ de pus lié, homogène et d'odeur fade. Dans la journée, le malade se trouve soulagé; la toux s'arrête ainsi que l'expectoration. La démonstration est ainsi complète. L'examen du pus par la méthode d'Ehrlich n'y fait découvrir aucun bacille tuberculeux.

Il est à remarquer que l'évacuation du pus n'a été suivie d'aucun des signes de pneumothorax ; le vide a été compensé par le retrait de la paroi thoracique, par le relèvement du foie et en partie sans doute par une légère ampliation du poumon.

31 mai. — L'amélioration obtenue à la suite de la ponction a été seulement momentanée. Dès le 27, quelques crachats purulents avaient été de nouveau expectorés ; la fièvre n'avait point cessé. L'opération de l'empyème parut indiquée, elle fut faite séance tenante en présence et avec le concours de M. le professeur-agrégé Mossé.

Le malade assis sur son lit et non chloroformisé, le bord supérieur de la neuvième côte est reconnu et marqué à l'encre dans une étendue de 6 cent., en arrière de la verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle. Une ponction exploratrice est faite dans le septième espace intercostal et dès que la présence du pus est reconnue, l'incision est menée parallèlement au trait à l'encre et à 4 millim. au-dessous. L'opération est faite sous le spray et avec toutes les précautions antiseptiques. La quantité de pus qui s'écoule est considérable, mais n'a pu être évaluée. Il n'y a eu ni quinte de toux, ni lipothymie, malgré l'état de faiblesse du malade. Deux gros drains sont introduits et fixés à l'ouverture de la plaie qui est recouverte par le pansement de Lister.

Le lendemain le malade est très calme, il n'a plus toussé ni craché, la fièvre a diminué. On fait un premier lavage avec une solution tiède d'acide salycilique à 6/1000, légèrement alcoolisé.

Durant les premiers jours qui suivirent l'opération, l'état du malade ne laissa pas que d'être inquiétant, la faiblesse était grande, il y eut le 5 juin, au moment du pansement, une lipothymie. Cependant la température axillaire s'abaissait régulièrement et à partir du 10 l'apyrexie était complète et désormais définitive. L'appétit se relevait progressivement et devint bientôt très vif.

Il est noté à la date du 15 juin : état général excellent, le malade a recouvré l'appétit, les forces se relèvent, la face prend une teinte rosée, l'embonpoint se prononce ; les battements du cœur ont gagné de la force en se ralentissant, la matité précordiale est circonscrite dans ses limites normales. — Il est fait chaque matin, un lavage de la plèvre et un pansement rigoureusement antiseptique. La suppuration est presque nulle, on peut injecter dans la cavité pleurale environ 300 gr. de liquide ; une quantité plus grande occasionne de l'oppression. La colonne vertébrale commence à s'infléchir légèrement du côté droit, abaissant l'épaule correspondante, signe que le côté se rétrécit ; le rétrécissement n'est cependant pas appréciable par la mensuration.

Le périmètre thoracique au niveau du mamelon est encore de 85 centimètres, avec un léger excès 43,5 pour le côté malade ; cette

apparente dilatation du côté droit est attribuée au bourrelet des bords encore tuméfiés de la plaie. La toux et l'expectoration ont complètement et définitivement cessé.

Il serait inutile de noter au jour le jour les progrès de la convalescence qui s'effectua sans incident notable. Dès le 25 juillet, T... avait recouvré tous les attributs de la santé, il mangeait à table avec ses camarades et se promenait avec eux dans la cour; la cavité pleurale n'admettait plus que 70 gram. de liquide. La régularité et la promptitude de la convalescence, l'absence de fièvre, la suppuration parcimonieuse et sans odeur doivent être attribuées aux précautions minutieuses prises par MM. l'interne et les élèves du service dans un pansement quotidien de plusieurs mois. Il n'a jamais été fait qu'un lavage par jour avec la solution indiquée plus loin; l'irrigateur, le drain, le liquide les pièces du pansement étaient préservées minutieusement de toute souillure, le pansement était fait sous le spray.

Il était intéressant de noter les modifications de forme et de volume que subissait la cage thoracique. A la date du 10 août, le périmètre thoracique mesurait au niveau du mamelon 95 cent., on notait encore un léger excès en faveur du côté droit, soit 48,5, tandis que le côté gauche ne mesurait que 46,5.

Le 6 novembre, le périmètre thoracique est de 98 cent. dont 50 cent. pour le côté droit.

Le poids du corps est à ce moment de 70 k. 500; nous n'avons pas de chiffre se rapportant à la période de la cachexie, mais il est aisé de voir que ce poids et ce périmètre thoracique, étant donné la taille du sujet, qui est de 1 m. 71 cent. sont les attributs d'une constitution robuste

Il reste toutefois une fistule thoracique, et il est difficile de prévoir qu'elles seront les ressources de la nature pour achever la guérison. M. le professeur Dubrueil voulut bien examiner le sujet dans les premiers jours de novembre. La déformation de la cage thoracique est peu prononcée, il existe cependant une légère incurvation de la colonne vertébrale du côté malade, avec abaissement de l'épaule; l'extrémité inférieure du sternum est déviée de un cent. environ à droite de la ligne médiane du corps, les côtes sont rapprochées en arrière et abaissées, leur angle postérieur en partie effacé, les muscles pectoraux et le trapèze sont un peu atrophiés. La longueur du périmètre ne donne aucunement la mesure du rétrécissement du côté qui est incontestable; la cavité thoracique est d'autre part diminuée en hauteur, le foie

affleurant en avant au mamelon et en arrière au niveau de l'orifice de la fistule. La cavité pleurale paraît peu considérable, car on ne peut injecter plus de 50 centim. cubes de liquide sans provoquer l'oppression et l'écoulement du liquide entre les bords de l'orifice et le drain. M. le Profes. Dubrueil ayant exploré cette cavité à l'aide de la sonde, trouva qu'elle a une profondeur de un décimètre environ et que sa direction est de bas en haut et d'arrière en avant ; elle est probablement étroite relativement à sa profondeur. L'examen stéthoscopique fait entendre une respiration normale en avant et dans le quart supérieur en arrière ; mais dans les trois-quarts inférieurs en arrière, on perçoit une forte submatité et une respiration obscure, indices d'adhérences pleurales épaisses, et au dessus de l'orifice fistuleux, dans une hauteur de quelques centimètres seulement, une sonorité et un souffle creux, marquent le siège de la cavité persistante.

Dans ces conditions, M. Dubrueil ne juge pas l'opération d'Estlander indiquée. La résection costale qui devrait dans le cas particulier intéresser le tiers postérieur des côtes, aurait-elle en effet quelques chances de modifier une cavité profonde, étroite, circonscrite par des adhérences et dont l'exploration par la sonde et par les procédés stéthoscopique ne fait connaître qu'imparfaitement la direction, la configuration et les anfractuosités.

Depuis le 1er novembre, il n'est plus fait qu'un pansement extérieur et on a cessé tout lavage, pour ne pas contrarier le bourgeonnement de la surface interne de la cavité.

Après avoir passé en revue les cas dans lesquels le pus a déjà réussi à se faire jour au dehors, soit par la paroi thoracique, soit par le poumon, nous devons nous occuper de ceux où l'abcès n'a pas encore abouti à cette solution naturelle.

Les cliniciens sont à peu près unanimes à se prononcer pour l'intervention. Pourquoi, en effet, se renfermerait-on dans l'expectation ? Refuser d'évacuer le pus par les moyens chirurgicaux, ce serait obliger la nature à réaliser cette évacuation dans les conditions que nous connaissons déjà. Mais c'est ici surtout que le praticien devra se montrer éclectique dans le choix de la méthode de traitement.

La ponction, en effet, a donné dans quelques-uns de ces cas des succès remarquables. Moutard-Martin, Guéneau de Mussy rapportent des observations où une ponction unique a suffi à produire la guérison. M. Robert donne aussi l'observation d'une malade chez laquelle une ponction de 250 grammes d'un pus bien lié, fit disparaître les accidents fébriles qui s'accusaient de plus en plus depuis quelques jours, et amena une amélioration telle que la malade pouvait quitter l'hôpital quelque temps après, dans un état «aussi satisfaisant que possible».

On ne peut guère compter beaucoup cependant sur des faits aussi heureux. Si on les observe quelquefois dans les épanchements peu abondants qui s'établissent avec rapidité et de telle façon, que les adhérences n'ont pas eu le temps de se produire, dans la grande majorité des cas la sécrétion purulente continue et on est ainsi amené à rejeter la thoracentèse. Et si alors l'état du malade se maintient bon, si la contenance du kyste diminue, si le pus se reforme lentement, on a tout avantage à continuer les ponctions aspiratrices.

Mais devra-t-on agir de même, lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement considérable avec fièvre, et que le pus une fois évacué par la thoracentèse ne tarde pas à remplir de nouveau la poche pleurale? Pour répondre à cette question, nous allons mettre sous les yeux du lecteur une observation où les symptômes précédents ayant été constatés, on décida d'avoir recours à l'opération de l'empyème.

Observation III.

Personnelle)

Pleuro-pneumonie du côté droit. — Epanchement purulent. — Deux thoracentèses. — Opération de l'empyème. — Persistance d'une fistule thoracique.

P.... Louis, âgé de 23 ans, né à Campi (Corse), soldat au 4me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier le 17 juin 1881. Exerçait avant son incorporation le métier de cultivateur. N'avait jamais été malade ; apparence très vigoureuse.

La maladie remonte à trois jours. Le début a été marqué par une douleur très vive du côté droit s'accompagnant de frissons et de dyspnée.

A son entrée à l'hôpital le malade est examiné avec soin et on porte le diagnostic : *pleuro-pneumonie*. Il est traité par les antimoniaux et les vésicatoires.

Au bout de quelques jours on reconnaît que bien que l'expectoration soit modifiée, les crachats rouillés ayant disparu pour faire place à des crachats muqueux, l'épanchement augmente et la fièvre persiste. Le 1er juillet, le thermomètre placé dans l'aisselle donne : matin 37°,8 ; soir 38°,4, les espaces intercostaux inférieurs du côté droit sont presque totalement effacés.

5 juillet. — L'épanchement a fait des progrès effrayants. L'examen du malade donne les résultats suivants :

Inspection. — Le côté droit de la poitrine présente un volume très considérable, au point de constituer une véritable difformité; les tissus sont fortement œdématiés, cet œdème s'étend de la clavicule jusqu'au-dessous des fausses côtes en avant et en arrière de l'hémithorax droit. Le foie est fortement refoulé en bas. Œdème des membres inférieurs.

Palpation. — Absence complète des vibrations thoraciques à droite.

Percussion. — Matité absolue dans toute l'étendue de l'hémithorax droit.

Auscultation.— Pas de murmures vésiculaires à droite; souffle bronchique développé dans la fosse sus-épineuse. Respiration forte, puérile à gauche.

Signes fonctionnels. — Langue sale, faciès anxieux, dyspnée intense, expectoration de crachats muqueux peu abondants. Pas de sommeil; pas d'appétit. Sueurs profuses

Temp. : matin 38°,7 ; soir 39°,2, pouls à 106.

Dans l'après-midi, on pratique une ponction aspiratrice au niveau du 6me espace intercostal avec l'appareil de Potain ; sortie de 2 litres 800 environ d'un liquide purulent.

6 juillet. — Le malade est soulagé et a dormi cette nuit.

Temp. : matin 38° ; soir 38°.6.

15 juillet. — La percussion indique que l'épanchement se reforme peu à peu. Potion avec infusion de jaborandi.

16 juillet. — Temp. : matin 37° ; soir 38°,5. Pas de sudation par le jaborandi, on fait une injection de pilocarpine (0 gr. 02) qui ne produit pas grand effet.

24 juillet. — Oppression très forte, toux fréquente, le malade ne peut dormir et dit qu'il se « sent étouffer. »

25 juillet. — Le malade s'étant levé pour uriner, a été pris d'une quinte de toux si violente qu'elle a occasionné une syncope. L'épanchement occupe de nouveau tout le côté droit.

(Soir) Une ponction avec l'appareil de Potain donne issue à 3,000 de pus jaune, bien lié et inodore.

26 juillet. — Sommeil cette nuit. Respiration plus facile et moins fréquente (20). Temp. : matin 37°,7 ; soir 38°,5.

28 juillet. — Pas d'oppression. Temp. : matin 37°,3 ; soir 38°,4.

3 août. — L'épanchement augmente de nouveau, la dypsnée reparait.

7 août. — L'oppression est très forte, le pus s'est reformé et occupe de nouveau les mêmes limites que précédemment ; l'opération de l'empyème pratiquée à la partie moyenne du 8me espace intercostal donne issue à environ 3 litres de pus mêlé à du sang. On fait ensuite

deux lavages avec de l'eau alcoolisée camphrée et on place un gros tube de 20 centimètres de longueur dans l'abcès. Pansement de Lister.

Le soir le malade est tranquille, on pratique deux lavages avec le même liquide. Temp. : soir 38°,7.

8 août. — Le malade a bien dormi cette nuit ; son facies exprime la satisfaction et le bien être relatif. Temp. : matin 37°,5 ; soir 38°,2.

10 août. — L'amélioration continue. Mêmes soins

17 juillet. — La suppuration a beaucoup diminué. Le tube, repoussé par la dilatation pulmonaire, est diminué de longueur. Le pouls est à 100, la température est presque normale.

7 septembre. — Le malade va très bien, la suppuration se tarit peu à peu, l'appétit est bon; la digestion est régulière. Pas de fièvre.

21 septembre. — Le malade engraisse de jour en jour.

8 octobre. — L'écoulement est peu abondant, le pus est de bonne nature; appétit et sommeil.

2 novembre. — L'amélioration continue, la partie restante du tube est remplacée par un drain de plus petit calibre, afin de permettre aux bords de la plaie de se rétrécir.

16 novembre. — L'écoulement est stationnaire: depuis quelques jours on fait, matin et soir, après le lavage, une injection iodée.

25 novembre. — L'état général est bon. Suppuration moins abondante.

3 décembre. — Accès de fièvre hier au soir ; la température a atteint 39°.

4 décembre. — *Le malade, recevant l'injection de lavage, a eu une sorte de syncope.*

9 décembre. — Le drain, repoussé en dehors de la cavité pleurale, n'a été replacé qu'avec difficulté.

10 décembre. — Ne souffre plus ; le tube sorti spontanément n'a pas été remis en place.

15. — Pas d'appétit depuis deux jours. La fistule est à peu près fermée. Frissons. Accès de fièvre ayant débuté ce soir à une heure; la peau est chaude, le visage rouge. Temp. S. 40°,5, pouls 110.

16. — Temp. m. 38°,7, soir 40°,4. Sulfate de quinine 1 gramme.

17. — L'épanchement existe de nouveau et se traduit par une égophonie manifeste montant jusqu'au milieu de l'hémithorax droit ; cependant on perçoit vaguement les vibrations thoraciques. Le niveau de la matité ne subit pas de déplacement appréciable que le malade soit assis ou couché. Temp. matin 38°,1, soir 39°,5.

22. — Temp. matin 37°, soir 39°. En arrière à droite matité de haut en bas. Souffle en dedans de l'omoplate pectoriloquie articulée.

23. — Réouverture spontanée au lieu même de l'incision. On introduit un tube de petit calibre, par lequel s'échappe une quantité assez considérable d'un pus d'odeur très fétide. Lavages. Temp. m. 38°, soir 38°,3.

26. — La suppuration diminue. Bien-être. Temp. m. 36°,7, soir 36°,9.

A partir de ce jour, la fièvre n'a plus reparu ; le malade a peu à peu repris ses forces et la suppuration a diminué graduellement d'abondance. Toutefois elle n'a jamais été complètement tarie et lorsque cet homme est parti 6 mois après en congé de convalescence, la fistule donnait encore passage à une petite quantité de pus battu d'air. Voici du reste quel était l'état général au moment du départ :

Le malade a repris à peu près son embonpoint d'autres fois. Le décubitus latéral droit est encore pénible.

Inspection. — Une petite ouverture de forme ovale persiste dans le huitième espace intercostal. Déformation très marquée du thorax. En avant, déviation du sternum à gauche. L'hémithorax gauche est globuleux, le droit au contraire présente un creux très prononcé occupant l'espace compris entre la clavicule et le mamelon. *En arrière*, saillie de l'hémithorax gauche, tandis que le droit est aplati et même légèrement rentrant. Dans l'inspiration les côtes du côté droit ont un mouvement moins prononcé que celles du côté gauche.

Palpation. — Abolition des vibrations thoraciques à droite tout autour de la fistule.

Percussion. — Submatité dans tout le côté droit.

Auscultation. — Le murmure vésiculaire s'entend des deux côtés de la poitrine.

Le résultat est en somme satisfaisant, surtout si l'on considère que l'on s'est trop hâté de regarder le malade comme guéri. Il est en effet probable que la réunion prématurée des bords de l'incision, réunion qui a été consécutive à la

sortie spontanée du tube plongeur, en permettant à l'abcès de se développer de nouveau, a porté obstacle à la guérison complète.

Mais que serait-il advenu si on n'avait eu recours à l'incision ? on aurait été obligé de répéter les ponctions aspiratrices qui, s'étant montrées impuissantes à faire disparaître l'état fébrile, auraient laissé le malade s'affaiblir progressivement. Peut-être une vomique se serait-elle produite, peut-être encore le pus aurait-il réussi à trouver une voie par un des points ponctionnés, c'est-à-dire que l'on aurait été ainsi amené à intervenir plus tard et dans des conditions beaucoup plus mauvaises,

Encore faut-il faire entrer en ligne de compte, malgré leur rareté, ces terminaisons brusques, où le pus fait irruption dans le péricarde, le péritoine, etc.

Quelquefois le pus renferme des éléments solides. On sait en effet combien sont fréquentes les fausses membranes lorsque l'empyème est chronique ; d'autre part, la pleurésie peut s'accompagner de gangrène de l'écorce du poumon et des débris de tissu pulmonaire flottent dans le liquide épanché ; enfin un kyste hydatique du foie peut faire irruption dans la plèvre et même des caillots sanguins peuvent se former dans cette séreuse en dehors de tout traumatisme (pleurésie hémorrhagique). Sur ce point il y a accord entre tous les auteurs pour déclarer que l'opération de l'empyème est de «nécessité absolue» (Peter).

Moutard-Martin, dans une observation de son mémoire, rapporte qu'on vit sortir au milieu du pus des masses fibrineuses denses plus grosses que *des œufs de poule* qui arrêtèrent momentanément l'écoulement et furent projetées par les efforts de toux. Cependant une ouverture de 6 cent. au moins avait été pratiquée. Quelle méthode en dehors de

l'incision intercostale aurait pu débarrasser la plèvre de ces volumineuses productions organiques ?

En terminant ce chapitre, nous voulons dire un mot des indications des pleurésies purulentes qui succèdent à l'hémothorax traumatique.

On sait qu'à la suite des plaies pénétrantes de la poitrine, si du sang s'est épanché dans la cavité pleurale, il se résorbe quelquefois après l'occlusion de la plaie, mais que le plus souvent il devient le siège d'une fermentation putride.

L'état général du malade devient alors mauvais, l'amaigrissement est rapide ; des frissons répétés s'accompagnant de sueurs et de diarrhée surviennent, la blessure s'ouvre le plus souvent pour donner issue à une sérosité purulente exhalant une odeur gangrèneuse, et le blessé est rapidement entraîné vers une issue fatale.

On peut rapprocher de ces accidents consécutifs à la pleurésie purulente traumatique, ceux que l'on observe chez certains malades dont l'abcès pleural communique avec l'air extérieur par une fistule. Le pus, comme dans le cas précédent, devient fétide et produit des accidents putrides.

Quelques auteurs admettent même que cette fétidité du pus peut se rencontrer dans certaines pleurésies où les phénomènes du pneumothorax s'observent sans qu'il y ait perforation.

Quoiqu'il en soit, dans tous ces cas particuliers l'incision large, accompagnée de lavages fréquents, fait cesser presque subitement ces véritables accidents toxiques qui surviennent à la suite de l'absortion par la plèvre des produits de décomposion du sang et du pus qu'elle contient. Si on veut bien se reporter à l'observation III, on verra que ces accidents avaient pris une telle intensité, que la température avait atteint 40°,5 le 15 décembre. L'ouverture spontanée de l'abcès le 23 décembre suivie d'injections de lavage, produisait une amélioration telle

que trois jours après le malade était entré dans une période apyrétique.

Donc, quand des accidents putrides se produisent, quand une pleurésie purulente succède à un traumatisme, la pleurotomie est formellement indiquée.

CHAPITRE IV.

DES CONTRE-INDICATIONS DE LA PLEUROTOMIE

En dehors des cas de pleurésie purulente limitée, où la thoracentèse doit être la première ressource du traitement, les contre-indications de la pleurotomie ne peuvent être que des lésions organiques graves et devant amener la mort dans un temps très rapproché. En tête de ces lésions organiques se place la tuberculose pulmonaire

Moutard-Martin cependant considère une des formes de la pleurésie purulente, la *pleurésie suppurée multiloculaire*, comme non justiciable du traitement par l'incision. L'évacuation complète du pus ne serait pas possible dans ce cas, à cause des nombreuses loges, séparées les unes des autres, qu'il occupe.

Moutard-Martin n'a pu dans sa pratique enregistrer un seul succès dans des cas pareils et il faut avouer que c'est un motif suffisant pour déconseiller toute intervention au bistouri.

Par contre, le Dr Robert publie dans sa thèse une remarquable observation, recueillie dans la clientèle de M. Bucquoy, où la guérison fut obtenue par l'opération de l'empyème, bien que l'épanchement purulent fût disposé par loges isolées et que M. Moutard-Martin, appelé en consultation, se fût prononcé contre la pleurotomie. « Nous croyons, dit M. Robert pour conclure, que la conduite de notre maître est la meilleure à suivre dans ces circonstances difficiles.

Lorsqu'on aura des motifs suffisants de croire à une pleurésie cloisonnée, on mettra d'abord en usage les ponctions aspiratrices.... Mais enfin, si l'on perd malgré tout du terrain, l'incision intercostale reste encore *l'ultima ratio* du praticien. Dans un long trajet de huit centimètres au moins, elle risque de rencontrer et d'ouvrir plusieurs poches séparées, et d'ailleurs les lavages longuement prolongés et pratiqués au besoin avec une certaine force, pourront achever la rupture des cloisons ».

Quoiqu'il en soit, les pleurésies multiloculaires sont rares et d'un diagnostic assez difficile. Nous n'avons pas voulu omettre cette contre-indication qui cependant, comme on vient de le voir, n'est pas absolue.

Bien plus fréquentes au contraire sont les lésions pulmonaires d'origine tuberculeuse et quand il les a reconnues, la question se pose au praticien: faut-il ou ne faut-il pas opérer?

La *tuberculose pulmonaire* est regardée, par un grand nombre d'auteurs, comme une contre-indication absolue de la pleurotomie. Des cliniciens éminents comme Michel Peter conseillent l'abstention. Il faut s'abstenir, disent-ils, si le pleurétique est tuberculeux, parce que la guérison, déjà problématique quand les poumons sont intacts, devient tout-à-fait invraisemblable lorsqu'ils sont envahis par les tubercules. Moutard-Martin n'est pas moins affirmatif ; il s'exprime en ces termes : «L'opération n'est pas indiquée, elle n'empêche pas la marche progressive de la fonte tuberculeuse, elle n'a aucune chance de succès. Je suis donc absolument opposé à l'opération de l'empyème chez le tuberculeux, toutes les fois qu'il est possible d'acquérir la certitude de la tuberculose. »

On ne peut pas vraiment se prononcer contre l'opération d'une façon plus nette, plus catégorique.

Notre avis cependant est qu'il y a à ce sujet bien des réser-

ves à formuler. Le médecin n'a-t-il donc le droit d'intervenir que lorsque la guérison est certaine, et n'est-ce rien que de soulager le malade et retarder pour longtemps peut-être une issue fatale ? Sans doute il est des cas où l'incision serait inutile et même imprudente, mais il en est d'autres où elle peut rendre de sérieux services.

Voici par exemple un tuberculeux, porteur d'une pleurésie purulente limitée et n'entraînant aucun grave préjudice immédiat pour l'état général ; tout au plus pourrons-nous avoir recours à la ponction aspiratrice, mais nous nous garderons bien de risquer de réveiller la fièvre de suppuration en portant l'instrument tranchant sur cet abcès.

Voici d'autre part un empyème qui est la conséquence de la rupture d'une vaste caverne, chez un malade parvenu déjà à la phtisie, au dernier terme de la déchéance organique. Quel avantage y aurait-il à opérer ? aucun assurément et mieux vaut encore ne rien tenter ici.

Mais si l'épanchement est vaste, la dyspnée intense, la fièvre forte, si l'hecticité d'origine pleurale et l'hecticité de source pulmonaire ont une action simultanée, il y a tout intérêt à intervenir, car on supprime ainsi une des causes de dépérissement et on prolonge la vie du malade.

Dans le cas de l'observation I, par exemple, le malade était sans doute tuberculeux avant l'opération, mais les lésions, très peu prononcées encore, avaient pu passer inaperçues. Quelques jours après la pleurotomie qui fut faite le 11 juin, le malade paraissait être en voie de guérison, mais la tuberculose affecta une marche rapide et amena la mort le 1er octobre.

Si la guérison n'a pas été le résultat final, est-il juste d'en rendre la pleurotomie responsable et peut-on dire que l'intervention fût nuisible ? Nous ne le pensons pas. Quiconque a vu cet homme avant l'opération, reconnaîtra qu'il était

menacé de mort à brève échéance. Il suffit, du reste, pour s'en convaincre, de se reporter aux détails de l'observation.

Or, une amélioration incontestable fut la conséquence de l'ouverture de la plèvre. L'état général s'amenda rapidement, la température qui, la veille de la pleurotomie, était à 40°, descendit à 38°,7 le jour même où le malade était débarrassé de son abcès; la toux disparut, l'expectoration cessa et le sommeil put revenir. La fièvre continua à tomber les jours suivants, si bien que le malade entra dans une période apyrétique. On peut dire que l'affection locale était en voie de guérison, lorsque la diathèse tuberculeuse se mit à évoluer plus rapidement. Il nous paraît évident que l'intervention a eu, ici, pour conséquence de prolonger de près de quatre mois l'existence de l'opéré.

Le médecin devra donc s'attacher surtout à reconnaître l'étendue des lésions tuberculeuses et à apprécier leur valeur au point de vue du pronostic.

Nous avons cru intéressant dans cet ordre d'idées de rapporter à la fin de ce chapitre une observation (observation IV) empruntée à la thèse du Dr Robert, de laquelle il résulte qu'un jeune homme de 17 ans, manifestement tuberleux, à la deuxième période, ayant été opéré de l'empyème par l'incision, était revu trois ans après assez bien portant pour exercer le pénible métier de plâtrier. De semblables succès suffisent, il nous semble, à légitimer l'intervention chez certains tuberculeux.

Il faut aussi tenir grand compte de l'état du poumon opposé au côté où s'est produite la pleurésie. Il arrive en effet que l'altération du parenchyme pulmonaire fait des progrès rapides au contact du pus de l'épanchement et à cause de la compression qu'il supporte et qui gêne ses fonctions. Alors l'évolution tuberculeuse peut se trouver à des degrés

différents, suivant qu'on l'examine dans l'un ou l'autre poumon.

Si le poumon du côté sain est en bon état, s'il ne présente que quelques tubercules localisés au sommet, il faudra prendre le parti de l'intervention.

C'est ce que conseillait déjà Laennec qui dit que le mauvais état d'un poumon rempli de tubercules ne doit pas empêcher absolument l'opération de l'empyème, aurait-on reconnu la pectoriloquie dans le sommet du poumon comprimé par l'épanchement, si d'ailleurs ajoute-t-il, l'autre paraît sain. Dans ce cas Laennec regardait même la guérison comme possible. Trousseau dit aussi que le fait de l'existence des tubercules et à plus forte raison de cavernes pulmonaires, est une circonstance très grave et qui laisse peu de chances au succès complet de l'opération, mais que du moins l'intervention chirurgicale procure du soulagement au malade et permet de prolonger sa vie.

Enfin *l'état puerpéral*, les fièvres éruptives comme la *variole* et surtout la *scarlatine* impriment à l'économie une disposition spéciale qui se traduit par une tendance aux suppurations. De véritables abcès se forment dans les articulations et dans les grandes séreuses comme le péricarde et la plèvre, et entraînent rapidement la mort des individus. En pareil cas, le médecin n'a, le plus souvent, d'autre conduite à tenir que celle de l'expectation. Encore doit-il se guider d'après l'état général et ne pas être trop exclusif, car les cas ne sont pas excessivement rares, et Trousseau en cite quelques-uns dans ses cliniques, où l'intervention a démontré son utilité, soit en soulageant le malade soit en amenant sa guérison.

Observation IV

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Pleurésie purulente d'emblée. — Une ponction. — Incision intercostale. — Sortie quatre mois après avec une fistule. — Persistance de la santé générale trois ans après. (Empruntée à la thèse de M. Robert)

X..., âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de M. le Dr Farge, à la fin de février 1874. C'est un garçon pâle, très amaigri, à l'aspect tuberculeux. Il a craché du sang à plusieurs reprises et souffre depuis plusieurs semaines de diarrhée. Sueurs profuses la nuit. Son état s'est aggravé sensiblement depuis quelques jours.

On constate aux deux sommets de la *submatité* avec des *craquements humides* très évidents et du souffle d'un seul côté. Il est évidemment en pleine évolution tuberculeuse, à la *deuxième période* ; mais cette tuberculose est encore assez localisée.

De plus, il existe en arrière, à la base du côté gauche, des signes d'épanchement pleurétique léger.

Bientôt les signes physiques indiquent un accroissement rapide du liquide.

Ponction aspiratrice au commencement du mois de mars. Cette opération donne du pus ; l'amélioration produite par le thoracentèse n'est pas de longue durée ; des accidents généraux sérieux apparaissent et dans le courant de mars, M. Farge n'hésite pas, malgré la persistance des signes aux deux sommets, à pratiquer de suite l'opération de l'empyème dans le septième espace intercostal gauche, un peu en arrière de la ligne axillaire. Une large incision donne passage à une canule plate analogue à des canules de trachéotomie. Par cette canule laissée à demeure dans la plèvre, on introduit deux tubes de caoutchouc parallèles qui sont protégés de la sorte contre le resserrement des côtes qui aurait pu les aplatir et gêner les lavages.

Ceux-ci sont faits avec soin deux fois par jour au moyen d'un séau à irrigation continue élevé au-dessus du lit. On emploie d'abord la liqueur de Labarraque ; plus tard, ce fut une solution étendue d'iode. Notons ce fait intéressant que pendant les irrigations avec ce dernier médicament, le malade, sans autres signes de fistule bronchique, était

pris souvent de quintes de toux violentes avec rejet d'une écume mousseuse ayant la saveur et l'odeur de l'iode qu'il percevait nettement.

L'état général mauvais persiste encore quelques jours après l'opération. Fièvre surtout. Mais bientôt l'amélioration se dessine et s'accentue de plus en plus. Au commencement d'avril, diminution des sueurs et de la diarrhée ; appétit; cependant les signes perçus au sommet ne se modifient guère.

Fin mai, la suppuration a beaucoup diminué ; la cavité pleurale revient manifestement sur elle-même. La canulle métallique est remplacée par un simple tube à drainage.

Le malade sortait guéri dans le courant de juillet, conservant seulement une petite fistule où restait à demeure un drain très court.

Revu 3 ans après, ce garçon qui avait repris de l'embonpoint, continuait à exercer son pénible métier.

CHAPITRE V

A QUEL MOMENT DOIT-ON OPÉRER?

Après avoir résolu théoriquement le principe de l'intervention chirurgicale dans la pleurésie purulente, il est une question non moins importante à résoudre, c'est de savoir à quel moment il faut opérer.

En effet, le choix du moment de l'opération est, au point de vue du succès, une chose très importante et à laquelle le praticien doit donner toute son attention. Aussi a-t-il préoccupé les divers auteurs qui, dans ces derniers temps, ont traité de la pleurotomie.

Les uns, avec Woillez et Béhier, se prononcent pour une intervention hâtive dès que l'on a constaté la présence du pus dans la plèvre. Les autres, et Michel Peter est du nombre, refusent d'avoir recours à l'incision tant qu'il ne leur a pas été démontré que l'aspiration d'une part, les injections d'autre part, ont radicalement échoué. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la méthode aspiratrice et quels services dans certains cas elle est appelée à rendre. Est-il besoin d'ajouter que tout médecin prudent devra y recourir toutes les fois qu'il pourra espérer un succès.

Quelquefois même l'aspiration pourra n'être que la première partie du traitement et ne sera employée que dans le but d'avoir recours plus tard à la pleurotomie. « Ce peut être, écrit Homolle, une temporisation utile que de faire des ponctions successives qui permettent parfois d'obtenir la

diminution progressive du foyer purulent. » Il y a en effet un sérieux avantage à temporiser, pourvu que l'état général du malade n'en souffre pas outre mesure, si on peut avoir l'espoir d'offrir à l'entrée de l'air, au lieu d'un vaste kyste suppurant, une poche déjà restreinte et dont les parois ont commencé leur travail de réparation.

Les injections ne répondent pas à des indications aussi précises, et, bien qu'elles aient permis d'enregistrer quelques succès, il ne sera pas toujours prudent de s'attarder à leur pratique; car une intervention trop longtemps différée s'expose à ne plus trouver l'état général du malade aussi bien que l'état du poumon, dans les conditions nécessaires pour réussir. Si le médecin, par ses hésitations et sa timidité, laisse le malade s'affaiblir par une suppuration abondante et des accès de fièvre quotidiens, il risque fort, quand il aura pris le parti d'intervenir, d'avoir affaire à un organisme sans ressort.

D'autre part, pour que la guérison se produise, il faut que le poumon puisse se dilater encore pour aller à la rencontre de la paroi du thorax. On n'oubliera pas que la quantité des adhérences et leur résistance augmentent avec la durée de la pleurésie. Les autopsies ont en effet prouvé que lorsque la suppuration de la plèvre est récente, les fausses membranes que l'on trouve à sa surface sont peu solides et susceptibles de disparaître par régression granulo-graisseuse.

Si au contraire l'inflammation a été de longue durée, le tissu pleural très épaissi est recouvert d'une couche de tissu conjonctif qui devient à la longue plus ou moins scléreux dans ses parties profondes (Peyrot).

On conçoit que le poumon ainsi maintenu par une enveloppe résistante ne puisse pas toujours opérer la dilatation qui est indispensable pour aider à combler la poche purulente.

En général, il est vrai, il parvient à vaincre la résistance

que lui opposent ces fausses membranes, mais encore faut-il que son tissu soit resté normal.

Or, il peut arriver que cet état d'irritation continuelle de la plèvre se propage au tissu conjonctif pulmonaire et aboutisse ainsi à la formation d'une pneumonie interstitielle (Brouardel).

Bien que, pour les motifs précédents, une intervention tardive n'aboutisse pas en général à un bon résultat, nous ne pensons pas que l'on doive s'abstenir si le malade offre encore quelque chance de résister.

En effet, le traumatisme qui résulte de l'opération de l'empyème peut passer pour léger, eu égard bien entendu aux conditions dans lesquelles se trouve le malade, et ne peut en aucun cas rendre la situation plus grave. De plus, en faisant cesser les accidents septiques, l'intervention chirurgicale conduit à des succès absolument inespérés.

Pour notre compte, nous avons vu un malade dont la pleurésie avait été négligemment abandonnée à elle-même et chez lequel une fistule thoracique donnait au pus un écoulement irrégulier. La suppuration était intarissable, et sous l'influence de la fièvre hectique, cet homme était arrivé à un état de cachexie qui se traduisait par une faiblesse extrême et par des eschares dans la région sacro-coccygiène. Une large contre-ouverture ayant été pratiquée, par laquelle le pus s'écoulait d'une façon non interrompue, la fièvre cessa rapidement, l'appétit revint et trois mois après le malade entrait en convalescence.

CHAPITRE VI.

MANUEL OPÉRATOIRE

Lieu de l'opération. — L'intervention décidée, le lieu de l'opération n'est pas toujours laissé au choix du médecin. L'abcès pleural a quelquefois des limites assez restreintes qu'il est indispensable à l'opérateur de bien déterminer.

L'auscultation et la percussion ayant été faites avec le plus grand soin et le diagnostic complété par une ponction exploratrice, on pratique l'ouverture vers la partie la plus déclive de l'épanchement, afin de permettre au pus de s'écouler avec facilité et d'une façon complète. Dans certains cas, la collection purulente, ayant déjà tenté de se faire jour, bombera au dehors en un point quelconque de la paroi thoracique et indiquera en ce point un lieu dit *de nécessité* sur lequel il faudra porter le bistouri. Ouvrir ailleurs serait s'exposer à voir le pus continuer à se frayer une voie vers l'extérieur par la partie bombée et produire ainsi une fistule irrégulière dont la cicatrisation est toujours lente et difficile.

Mais le plus souvent le kyste pleural est assez volumineux pour pouvoir être attaqué sur une grande surface de la paroi thoracique et le chirurgien n'est plus tenu à la même précision que précédemment. Il reste le maître de déterminer le lieu d'élection, guidé en cela par «l'examen du malade, la forme du thorax, la direction plus ou moins oblique des côtes et l'abondance de l'épanchement» (Moutard-Martin). Son choix devra se porter en général sur l'espace intercostal le plus déclive possible, afin de réduire à des proportions peu considérables le

cul-de-sac inférieur de la plèvre, où le pus se collecte dans l'intervalle des pansements ne s'écoulant au dehors que lorsque son niveau atteint la hauteur de l'incision, à moins — ce qui est fréquent — qu'il ne soit expulsé par les mouvements du thorax et les efforts de toux et d'expectoration. Préoccupé du reste de ne pas blesser le diaphragme, il évitera de porter son incision trop bas, et M. Moutard-Martin conseille de ne jamais opérer dans les espaces intercostaux situés au-dessous du huitième.

L'espace intercostal ayant été choisi, il reste à déterminer en quel point de cet espace devra se faire l'incision.

Les auteurs sont d'accord pour indiquer la partie moyenne, assez en arrière pour ne pas atteindre le cœur, assez en avant pour ne pas blesser l'artère intercostale qui, en ce point, « est placée dans la gouttière de l'os, son petit calibre la mettant ainsi à l'abri des instruments qui chercheraient à l'atteindre » (Trousseau).

Manuel opératoire. — Avant de décrire l'opération, voici quelles en sont les règles: Moutard-Martin conseille de faire à la paroi thoracique une large ouverture; d'abord pour donner au contenu de la plèvre un écoulement facile, ensuite parce que la plaie bourgeonne rapidement et tend toujours à se rétrécir trop tôt. L'incision doit être pratiquée de telle sorte que l'ouverture de la peau se trouve sur un plan un peu inférieur à celle des parties aponévrotiques et musculaires, afin que les liquides n'aient pas de tendance à s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour cela on indique par un trait à l'encre le bord supérieur de la côte inférieure, et tandis qu'avec la main gauche on attire la peau un peu en haut, avec la main droite tenant le bistouri comme une plume à écrire, on incise à trois ou quatre millimètres au-dessous du trait marqué. On sectionne ensuite, couche par couche, jus-

qu'au niveau du bord supérieur de la côte que l'on rasera avec le bistouri, afin d'éviter de léser l'artère intercostale qui suit le bord inférieur de la côte qui est au-dessus. Moutard-Martin recommande de donner à la plaie extérieure une plus grande largeur qu'à la plaie pleurale, pour éviter l'infiltration gazeuse qui peut se produire dans les tissus par le fait des mouvements respiratoires.

Ici une première question se pose : Faut-il, à l'exemple de quelques Allemands, Traube et Frantzel son élève entre autres, opérer pendant le sommeil anesthésique? En vérité, l'opération n'est ni assez douloureuse, ni assez longue pour courir la chance d'accidents prompts à survenir chez des malades débilités, qui ne peuvent mettre en jeu qu'une partie de l'appareil respiratoire et dont le cœur est souvent comprimé et déplacé par l'épanchement.

La position à donner au malade est variable : on peut, se conformant à la pratique de Trousseau, le faire coucher à demi sur le bord de son lit, le tronc soutenu par des oreillers et maintenu par un aide qui s'opposera à tout mouvement involontaire, ou bien, plus simplement, le placer dans la position assise.

Un pulvérisateur — si on l'a sous la main — est disposé dans le voisinage de façon à envelopper le patient et l'opérateur dans une aspersion continue de la solution phéniquée; tous les instruments ayant été trempés dans un liquide antiseptique, l'eau phéniquée, par exemple, le chirurgien s'assure par une ponction exploratrice que le point sur lequel doit porter l'incision est bien en rapport avec l'épanchement.

Cette ponction sera faite avec l'aspirateur de Dieulafoy ou même avec une seringue de Pravaz, si on a pris soin de s'assurer de la parfaite solidité de l'aiguille. Il reconnaît ensuite par la palpation les côtes qui limitent l'espace intercostal, et, avec un bistouri pointu, incise couche par couche

sur une étendue de 8 à 10 centimètres, en se conformant aux règles énoncées plus haut. L'instrument tranchant devra toujours être accompagné par la pulpe de l'index gauche et il sera même prudent, le sac pleural une fois ouvert, de substituer, pour terminer l'opération, un bistouri boutonné au bistouri pointu. Avec cette double précaution et un manuel opératoire aussi simple, on ne risquera pas de léser un organe intra-thoracique, fût-il déplacé, ni de blesser l'artère intercostale qui, comme nous l'avons déjà dit, se dérobe dans la gouttière de la côte supérieure.

Le chirurgien prudent opérera donc avec confiance; tout au plus pourra-t-il rencontrer certaines difficultés lorsque l'œdème a envahi la paroi thoracique ou quand, par le fait de la rétraction d'adhérences coriaces et inextensibles, ce qui s'observe dans les pleurésies anciennes, l'espace intercostal s'est rétréci par le rapprochement progressif des côtes.

Ce dernier fait produit même quelquefois des difficultés assez sérieuses pour que quelques chirurgiens se soient vus obligés d'avoir recours en pareil cas à une résection de côte (Walther, *Union médicale* 1860). Au reste, cette nécessité, tout-à-fait exceptionnelle, n'est pas spéciale à la pleurotomie; elle s'impose aussi quand on veut évacuer le pus par la méthode du drainage.

CHAPITRE VII.

SOINS CONSÉCUTIFS.

« L'opération de la pleurotomie, dit Peyrot, n'est rien en elle-même, les soins consécutifs sont tout. » L'ouverture intercostale terminée, on aidera l'évacuation du pus en imprimant au malade des mouvements en sens divers et en dilatant la plaie par l'introduction du doigt. Si l'opéré voit survenir des vertiges, une tendance à la syncope, on arrêtera immédiatement la sortie du pus pour la rétablir dès que les accidents auront disparu. Des débris de fosses membranes viennent quelquefois obstruer l'ouverture; on engage alors le malade à faire quelques efforts de toux qui suffisent le plus souvent à les chasser au dehors. Si on ne réussissait pas par ce moyen, on ne devrait pas hésiter à les extraire en se servant d'une pince à pansements.

Cela fait, on se met en mesure de pouvoir pratiquer le lavage de la cavité pleurale.

Dans ce but, deux tubes en caoutchouc de 15 à 20 centimètres de longueur environ sont introduits dans le kyste et maintenus au moyen d'un fil ordinaire qui les traverse à 1 ou 2 centimètres de leur extrémité extérieure et dont les bouts sont fixés sur la paroi thoracique à l'aide de petites bandes de diachylon. Ces deux tubes sont munis de deux petites éponges, destinées à absorber le pus qui s'écoule entre les pansements et à s'opposer à ce que les tubes ne tombent dans la poche de l'abcès. On pratique alors un abondant lavage qui est continué tout autant que le

liquide injecté ne sort pas limpide et inodore, on chasse ainsi de la cavité pleurale le pus qui est resté adhérent aux parois et celui qui est collecté dans le cul-de-sac de la séreuse.

Le liquide antiseptique qui est amené dans la cavité par un des tubes et en sort par l'autre, est injecté soit à l'aide d'une grosse seringue à hydrocèle, soit d'un irrigateur, soit enfin avec un appareil à peu près semblable au syphon de Potain. Un tuyau en caoutchouc baigne par une des extrémités dans un flacon situé à une petite hauteur au-dessus du lit du malade et contenant la solution médicamenteuse, tandis que l'autre extrémité s'engage dans un des tubes de la plaie. Ce système a l'avantage de faire pénétrer le liquide en abondance tout en lui conservant une force de projection modérée. A défaut de cet appareil, on se servirait d'un irrigateur, mais en ayant soin d'en ralentir le jet.

Il est bon d'insister sur ce détail, car M. Maurice Reynaud a publié dans l'*Union médicale* de 1875 (n° 138) deux cas de mort subite survenus pendant le traitement de l'empyème et qu'il attribue à une percussion irrégulière et trop violente exercée sur le poumon par le jet de l'irrigateur.

On a pu voir dans notre *observation III* que le malade, dont l'état général était déjà grandement amélioré, a eu une sorte de syncope, tandis qu'il recevait l'injection de lavage. Enfin, Vallin et Cayley ont cité des exemples de convulsions épileptiformes, qui dans un cas furent suivies de mort, et M. Dumontpallier, dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux, s'exprimait en ces termes : « Sur 17 ou 18 cas d'empyème que j'ai pratiqués, j'ai observé trois fois dans les mêmes conditions cette crise épileptiforme ; j'ai un quatrième malade chez lequel, bien qu'il n'y ait plus qu'un trajet fistuleux pleuro-cutané, j'amène des vertiges en poussant une injection un peu forte et je ne doute pas que si je vou-

lais insister j'irais jusqu'à déterminer une véritable attaque épileptiforme, causée par la distention de la cavité pleurale.»

Nous empruntons au mémoire de M. Lalesque l'explication suivante de ces accidents :« En 1856, dit-il, Brown-Séquard a écrit que l'irritation de l'intestin d'une grenouille arrête le le cœur. M. Tarchanoff a montré que si l'intestin est enflammé, cet arrêt se produit encore plus facilement. L'arrêt du cœur, à la suite d'injections dans une plèvre malade, irritable, reçoit la même interprétation. »

Il est donc très important d'être prévenu et de savoir que ces accidents, généralement légers, ne se produisent que lorsque le liquide injecté exerce une véritable percussion sur le poumon.

Pour les lavages, on peut avoir recours à de nombreux agents antiseptiques. C'est ainsi que l'on emploie les solutions d'acide salycilique, d'acide borique, d'acide phénique, d'essence d'aspic, de chloral, l'eau salée, l'eau alcoolisée.Le titre de la solution ne devra pas être élevé, car, dans certains cas, on a pu observer des phénomènes toxiques dus à l'absorption par la plèvre d'un liquide de lavage trop concentré, c'est en particulier ce qui est arrivé pour l'acide phénique en Allemagne;

Dans notre observation I, l'addition de perchlorure de fer aux urines, donnait à ce liquide une coloration d'un violet noir intense. indiquant l'absorption de l'acide salycilique injecté dans la plèvre.

Si le pus est fluide, d'odeur normale, s'il ne contient ni fausses membranes, ni grumeaux, des lavages avec une des solutions précédentes seront suffisants. Mais si au contraire, il répand une odeur fétide, s'il est mal lié, si on a observé des frissons, des accidents putrides, il faudra faire suivre les lavages d'injections modificatrices. Les injections iodées sont généralement employées dans ce cas, quand elles peuvent

être supportées par le malade. L'iode, en effet, détermine chez les individus porteurs de fistules bronchiques, des quintes de toux violentes qui font renoncer à l'usage de ce médicament. Chez le jeune homme qui fait le sujet de l'observation IV, bien qu'il n'y eût aucun signe de fistule bronchique, des quintes de toux se produisirent avec « rejet d'une écume mousseuse ayant l'odeur et la saveur de l'iode.»

Les lavages ayant été faits avec soin, on applique sur l'incision le pansement de Lister.

Tels sont les premiers soins au sujet desquels tout le monde est à peu près d'accord. Il n'en est pas de même pour les pansements ultérieurs. Tandis que les uns veulent des lavages très souvent répétés, au moins au début, les autres insistent pour que le pansement soit renouvelé le plus rarement possible. Ils conseillent de laisser le premier en place pendant 24 heures, le second 48 heures et de ne toucher aux suivants que tous les 8 ou 10 jours, à moins qu'ils ne soient plus tôt traversés par les liquides pleuraux. Du moment, disent ces derniers, que vous appliquez un pansement qui répond rigoureusement à toutes les conditions antiseptiques voulues, qui ne laisse pénétrer dans la cavité pleurale qu'un air dépourvu de toute espèce de germe morbide, pourquoi vous exposer, par des lavages fréquents, à rompre les adhérences cicatricielles qui s'établissent lentement entre les parois de la cavité pleurale?

Mais d'abord, est-on toujours sûr que l'air qui pénètre dans l'abcès est aseptique? Quand une fistule bronchique, par exemple, permet la libre entrée de l'air dans la cavité, le pansement de Lister aussi rarement renouvelé peut-il s'opposer à la décomposition du pus? non évidemment.

D'autre part, comment s'assure-t-on que la sécrétion pleurale se fait facilement et que les drains sont maintenus ouverts?

Quel inconvénient voit-on du reste, toutes les précautions antiseptiques étant prises, à pratiquer une ou deux fois par jour des lavages qui faits avec soin et prudence, n'imposent aux malades presque aucune fatigue et aucun danger? Il ne faut pas oublier en outre que la cavité pleurale se rétrécit peu à peu et qu'il faut surveiller les tubes et diminuer leur longueur, si on ne veut pas qu'ils exercent sur le poumon une pression qui pourrait avoir des suites fâcheuses. Homolle rappelle que Frantzel a vu chez un sujet, qui mourut de dysenterie dans le cours du traitement d'un empyème, une perte de substance de la plèvre et des couches superficielles du poumon, située dans le point correspondant de cet organe et manifestement produite par l'extrémité d'une sonde trop rigide.

Le raccourcissement des tubes devra donc se faire progressivement, à mesure que le poumon les repoussera en se dilatant. Pour cela, le docteur Dupuy conseille de recommander au malade de tousser modérément; sous l'influence de la toux, on voit les tubes sortir du thorax d'une certaine quantité et c'est de cette quantité appréciée d'une manière approximative, qu'il convient de les raccourcir.

Les tubes seront ainsi graduellement retirés, et ils ne devront être tout à fait enlevés que lorsque la suppuration sera très rare, le pansement à peine souillé et que la cavité pleurale sera réduite à tel point que l'on pourra obtenir la cicatrisation en allant des parties profondes vers les parties superficielles. Quand on enlève les tubes prématurément, on s'expose à voir la fistule se cicatriser et alors le pus dont la sécrétion n'est pas encore tout à fait tarie, reproduit quelque fois assez vite l'épanchement purulent. Notre observation III offre un exemple de ce fait. Le tube étant sorti spontanément de sa cavité, on commit la négligence de ne pas le remettre en place et de laisser la fistule se fermer. Aussi, au

bout de cinq ou six jours à peine, des frissons survenaient et annonçaient avec de violents accès de fièvre, que l'épanchement s'était reformé.

La cicatrisation du kyste est en général très longue à se produire, la cavité pleurale demandant plusieurs mois pour être comblée. Quelquefois la guérison est parfaite, souvent on voit des fistules persister, donner tous les jours quelques gouttes de pus et résister à tous les efforts du médecin, sans être toutefois une gêne bien considérable pour l'opéré. Enfin, il arrive que la suppuration est intarissable, parce que le poumon ne peut se dilater suffisamment et la paroi thoracique se rétracter assez, pour faire disparaître la cavité qui les sépare. C'est pour favoriser ce retrait que Estlander (d'Helsingfors) proposa il y a quelques années (1879) de faire la résection d'une ou plusieurs côtes, afin de permettre aux parties molles de la cage thoracique de s'affaisser vers le poumon. Estlander apportait en même temps à l'appui de sa méthode de nombreuses observations, où elle avait été mise en pratique avec succès. Depuis-lors, la résection costale est passée dans la pratique chirurgicale et nous donnons en terminant, une observation de pleurésie purulente où la thoraco-plastie, pratiquée par M. le professeur Dubrueil, amena la guérison complète.

Observation V.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Dubrueil et déjà publiée dans la Thèse du Dr Urpar (Montpellier, 1884).

Empyème. — Fistule pleurale. — Traitement par injections iodées. — Lavages. — Drainage. — Opération d'Estlander.)

Mme S..., d'origine Suisse, âgée de 34 ans, entre, le 29 octobre 1883, à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, service de M. le professeur Dubrueil,

où elle vient réclamer des soins pour la cure d'une fistule pleurale qui fournit depuis bientôt deux ans une abondante quantité de pus fétide.

Résumons l'histoire de notre malade.

Pas d'hérédité, manifestation scrofuleuse dans son enfance, cicatrice à la région antéro-latérale du cou d'adénite suppurée. Blonde, lymphatique, complexion délicate. S'est mariée en 1873, a eu trois enfants.

La première et la seconde grossesse, qui se produisent à deux ans d'intervalle, n'offrent rien de particulier; à la troisième grossesse, accouchement prématuré d'un enfant mort.

On note les symptômes suivants :

Fièvre vive ; douleur intense au côté droit. Dans la région de l'hypochondre droit, en avant, on observe une tumeur rouge, tendue, du volume d'un œuf et qui, au dire de la malade, paraît subir un accroissement de volume aux époques menstruelles (fin 1881) ; une incision, pratiquée en janvier 1882 par le Dr Dumas (de Cette), donne issue à une grande quantité de pus ; la fistule persiste jusqu'au mois de juin, époque à laquelle elle se ferme. Immédiatement après, la toux devient plus violente, et huit jours après un autre abcès, présentant le même aspect que le premier, apparaît à deux centimètres au-dessous. Il est ouvert et laisse écouler une quantité considérable de pus ; persistance de la fistule. En août 1883, injection de teinture d'iode ; le pus acquiert une odeur fétide ; la malade a en même temps la sensation que son côté droit se rétracte; c'est dans ces conditions (novembre 1883) qu'elle entre à l'hôpital.

On constate alors :

Etat général. — Assez satisfaisant ; le visage a conservé une coloration rosée et les fonctions digestives sont dans un état de parfaite intégrité.

État local. — A l'examen, rétraction notable de la partie droite du thorax. On trouve, au moyen des dessins pris avec le cyrtomètre ou par les mensurations directes :

Partie moyenne	Côté droit (malade)	Côté gauche (sain)
Du thorax	0, 29	0, 325
Base	0, 305	0, 32

Une fistule, située à la partie antérieure du dixième espace intercostal, livre tous les jours passage à une grande quantité de pus d'une horrible fétidité. L'exploration de ce trajet fistuleux donne la conviction que la cavité purulente est vaste et étendue dans tous les sens ; la percussion et l'auscultation révèlent, à droite et en arrière, la présence d'un épanchement.

On n'entend au sommet du même côté qu'une expiration rude et prolongée. Aucun signe de la diathèse tuberculeuse. M le professeur Dubrueil résolut de drainer la plèvre dans le sens vertical, en pratiquant la contre-ouverture pour le passage du drain, non pas dans le même espace intercostal que l'orifice de la fistule, suivant la méthode de Chassaignac, mais bien dans un espace intercostal supérieur.

L'opération fut pratiquée ; le lieu choisi pour la contre-ouverture fut la partie moyenne du quatrième espace intercostal. Pour laver la plèvre, on installa un appareil qui était une combinaison du drainage et de la méthode de Potain

Cet appareil, compliqué et insuffisant, fut remplacé par deux sondes en caoutchouc (portions de sonde de Nélaton) introduites l'une dans l'orifice inférieur, l'autre dans le supérieur ; le liquide détersif, poussé par l'une, ressortait par l'autre, et lavait suffisamment la cavité purulente ; les lavages étaient pratiqués deux fois par jour avec la solution d'aspic et suivis chaque fois de l'application d'un pansement antiseptique.

Le pus perdit bientôt de sa fétidité ; la fièvre tomba ; la malade semblait entrer dans une voie d'amélioration.

A part la formation de petits abcès autour de l'orifice supérieur, reconnaissant peut-être pour cause l'introduction d'un peu d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dont le drainage eut raison, tout allait pour le mieux, si bien que, le 15 décembre 1883, M. le professeur Dubrueil écrivait :

« Je puis affirmer que, sous l'influence de cette médication, l'état général s'est notablement amélioré, la quantité de pus qui s'écoule par la plèvre a considérablement diminué et, d'autre part, la sonorité, à la percussion, est revenue dans toute l'étendue du côté droit, et le murmure vésiculaire se perçoit également partout, en même temps, l'incurvation de la colonne vertébrale a subi une augmentation notable. »

La malade était considérée comme marchant vers une guérison certaine, lorsque, le 20 janvier, la suppuration devint un peu plus abondante. M. le professeur Dubrueil explore à nouveau le trajet fistuleux ;

l'introduction d'une sonde lui permit de constater que la rétraction thoracique, étant arrivée à ses dernières limites, ne parviendrait jamais à combler le vide qui séparait la paroi thoracique du poumon ; on pouvait facilement prévoir que la suppuration recommencerait avec la même abondance, dès que la malade aurait quitté l'hôpital.

L'état général étant bon, la malade n'étant pas albuminurique, on se décide à pratiquer la résection costale ou thoraco-plastie.

1er février. — Résection costale ou opération d'Estlander. — La durée de l'opération a été de une heure et quart. Nous n'entrerons pas dans tous ses détails. L'incision faite aux téguments a la direction d'une ligne légèrement courbe, à concavité postérieure et qui réunit l'orifice fistuleux à l'ouverture artificielle pratiquée dans le quatrième espace intercostal. On sectionne les digitations du muscle grand dentelé et on arrive sur les côtes, qu'on réséque après incision du périoste et dénudation avec la rugine et la spatule. En résumé, quatre côtes sont réséquées dans une étendue de 4 centimètres et demi environ ; la plèvre pariétale est demeurée parfaitement intacte. Les parties molles sont réunies par sept points de suture métallique, un drain placé suivant le grand axe de la plaie. Le pansement antiseptique est rigoureusement appliqué.

Suites de l'opération. — L'amélioration a suivi une marche régulière, l'appétit est revenu, la fièvre est tombée ; on a successivement enlevé les drains et les points de suture ; l'état général est resté bon, l'apyrexie complète. La quantité de pus fournie par la fistule a diminué sensiblement. La plaie thoracique a marché rapidement vers la cicatrisation. A l'auscultation, on entend sur toute l'étendue du thorax une respiration rude et prolongée ; la malade peut être considérée comme guérie de son opération à sa sortie de l'hôpital.

CONCLUSIONS.

De toutes les considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir conclure que :

1° Dans la pleurésie purulente, d'une façon générale, l'intervention chirurgicale doit être la règle ; seule, elle offre de réelles chances de guérison.

2° Parmi les méthodes chirurgicales préconisées dans ce cas, la pleurotomie ou incision large de la poitrine, nous semble devoir être préférée à toutes les autres méthodes.

3° La pleurotomie doit être faite, quand après une ou deux ponctions, la maladie ne présente pas de tendance à la guérison. On ne devra pas attendre pour opérer que l'état général du malade n'offre presque plus de ressource.

4° La tuberculose pulmonaire peut, dans quelques cas, contre-indiquer l'opération de l'empyème ; dans d'autres, au contraire, il faut avoir recours à cette opération qui, seule, peut apporter un soulagement au malade et prolonger sa vie.

5° On s'entourera aussi bien pendant l'opération que pendant le pansement, des précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

6° Si la suppuration ne tarit pas, parce que le poumon ne pouvant plus se dilater, et la paroi thoracique ayant atteint la limite de sa rétraction, les parois du kyste sont tenues écartées l'une de l'autre, on aura recours à une résection intercostale d'après la méthode d'Estlander.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
DUPRÉ.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Béhier. — Clinique médicale de la Pitié. *Bulletin de l'académie de médecine*, 1872.

Benard. — D'un mode de traitement de la pleurésie purulente, thèse de Paris, 1871.

Brouardel. — Note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1872.

Chabert. — Essai sur la pleurésie purulente, thèse Montpellier, 1884.

Damaschino. — Thèse d'agrégation, 1869.

Dupuy. — Soins à donner aux opérés de l'empyème, thèse Paris, 1876.

Fernet et d'Herlly. — Art. *Pleurésie*, *in* Nouv. dict. de médec. et chir. prat., t. XXVIII.

Follin et Duplay. — Traité élémentaire de pathologie externe.

Guéneau de Mussy. — Clinique médicale.

Guinard. — Du meilleur traitement de la pleurésie purulente, thèse Paris, 1884.

Grisolle. — Pathologie interne.

Hérard. — *Bulletin de l'académie de médecine*, 1872.

Homolle. — *Revue des sciences médicales*. 1879-1880.

Laennec. — Traité de l'auscultation médiate.

Lalesque. — Mémoire sur la pleurotomie, Société clinique de Paris, 1880.

Moutard-Martin. — De la pleurésie purulente.

Ch. Nélaton. — Des épanchements de sang dans la plèvre, consécutifs aux traumatismes, thèse de Paris, 1880.

Peter. — Clinique médicale.

Peyrot. — Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie.

Raynaud. — *Union médicale*, 1875, N° 138.

Richet. — *Bull. de l'acad. de médec.*, 1872.

Robert. — Contribution au traitement de la pleurésie purulente, thèse de Paris, 1881.

Sainton. — Etude sur une variété latente et bénigne d'empyème, thèse de Paris, 1881.

Trousseau. — Clinique médicale.

Urpar. — Thèse de Montpellier, 1884.

Vallin. — Société médicale des hôpitaux, 1875.

Woillez. — *Bulletin de l'académie de médecine*, 1872.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !